CESSATION TABAGIQUE

Une formation qui fait

MOUCHE

... pour aider les fumeurs à

DÉCROCHER!

MANUEL D'AUTOFORMATION

à l'intention des pharmaciennes et des pharmaciens

Juin 2007

Ordre
des pharmaciens
du Québec

Québec
- Institut national de santé publique
- Ministère de la Santé et des Services sociaux

Remerciements

L'Ordre des pharmaciens du Québec remercie les membres experts du comité de développement :

Mme Hélène Poirier, M.Sc.	Agente de planification et de programmation sociosanitaire, INSPQ
M. Denis Tanguay, B.Pharm.	Pharmacien, consultant en services professionnels
Mme Annik Thériault, B.Pharm.	Pharmacienne en milieu communautaire
Mme Michèle Tremblay, M.D.	Médecin-conseil, INSPQ
Mme Nicole Houle, M.Éd.	Andragogue, OPQ
Mme Anick Minville, B.Pharm. M.Sc., M.B.A.	Directrice de l'admission et du perfectionnement, OPQ

L'Ordre remercie également les membres de l'équipe de la direction de l'admission et du perfectionnement pour leur généreuse contribution au succès de cette formation et pour le support informatique.

L'élaboration de ce programme de formation a été rendue possible grâce à la collaboration de nos partenaires. L'Ordre remercie l'Institut national de santé publique du Québec pour son étroite collaboration et son soutien scientifique ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux pour sa contribution financière. L'Ordre remercie également Pfizer Canada pour sa participation financière lors de la réalisation de la tournée de formation.

Merci à l'équipe d'Imago communication pour la conception et la réalisation graphique de ce manuel d'autoformation.

Accréditation

Cette activité de formation continue a été accréditée par l'Ordre des pharmaciens du Québec qui accordera 3 UFC aux pharmaciens qui l'auront complétée avec succès.

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Également disponible sur le site de l'Ordre des pharmaciens du Québec à l'adresse suivante : www.opq.org.

Avant-propos

La lutte au tabagisme représente une priorité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) depuis une quinzaine d'années et de nombreuses interventions mises en place portent fruit. En effet, l'adoption de deux projets de loi en 1998 et 2005, des hausses régulières de taxes, des campagnes médiatiques de même que l'implantation d'actions de prévention de l'usage du tabac et de services gratuits d'abandon du tabagisme ont permis de modifier graduellement les normes sociales jadis positives entourant le fait de fumer. Toutefois, malgré une baisse importante de la prévalence du tabagisme chez la population de 12 ans et plus, de 34 % en 1994-95 à 24 % en 2005, encore trop de Québécois sont dépendants des produits du tabac : près de 1,6 million.

Étant donné les risques énormes pour la santé de la population québécoise que représente l'usage du tabac, l'Ordre des pharmaciens du Québec (Ordre) a tenu à contribuer à la lutte contre le tabagisme. Dans cette optique, l'Ordre s'est engagé à poser des actions concrètes visant à aider ses membres à apporter le soutien requis à la population désirant cesser de fumer. Ainsi, l'Ordre a développé et offert en 2006, en partenariat avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et grâce au soutien financier du MSSS et de Pfizer Canada, une formation destinée aux pharmaciens sur le counselling en abandon du tabac. Le présent guide en est un d'autoformation et vise le même objectif.

Selon un sondage nouvellement mené auprès de fumeurs et d'ex-fumeurs récents québécois, les pharmaciens sont parmi les professionnels de la santé les plus souvent rencontrés au cours d'une année. De plus, ceux-ci estiment que c'est le rôle du pharmacien de donner des conseils à un fumeur pour l'aider à renoncer au tabac. Pour leur part, les pharmaciens interrogés lors d'une enquête menée en 2005 par l'INSPQ, croient eux aussi que soutenir les fumeurs dans leur démarche d'abandon du tabac fait partie intégrale de leur rôle et ils sont intéressés à mettre à jour leurs connaissances dans ce domaine. Nous espérons que ce guide d'autoformation répondra à ce besoin exprimé.

Table des matières

Introduction 5

PREMIER VOLET
Le contexte entourant le tabac et l'abandon de l'usage du tabac 6

- La *Loi modifiant la loi sur le tabac* 6
- Quelques statistiques fumantes 6
- La fumée de tabac secondaire 9
- Les bienfaits de l'abandon du tabac 10
- Exercice d'intégration des apprentissages 11

DEUXIÈME VOLET
La pharmacothérapie de la dépendance au tabac 12

- La dépendance au tabac 12
- La pharmacothérapie 12
- La thérapie de remplacement nicotinique 12
  - Les timbres transdermiques 13
  - La gomme 14
  - L'inhalateur 15
- Les contre-indications à l'usage de la thérapie de remplacement de la nicotine 16
- Les médicaments non nicotiniques 17
  - Traitement de première intention 17
    - Le chlorhydrate de bupropion 17
    - Le tartrate de varénicline 18
  - Traitement de seconde intention 18
    - La clonidine 19
    - La nortriptyline 19
- Les interactions médicamenteuses 19
- Le régime d'assurance médicaments du Québec 21
- Les méthodes alternatives 21
  - L'hypnose 21
  - L'acupuncture 21
  - Le laser 21
- Exercice d'intégration des apprentissages 22

TROISIÈME VOLET
Les soins pharmaceutiques adaptés aux besoins du patient 24

- L'importance du pharmacien dans le soutien à l'arrêt tabagique 24
- Les soins pharmaceutiques 24
  - ÉTAPE 1 : Développer et maintenir une relation de confiance avec le patient 24
  - ÉTAPE 2 : Documenter le statut tabagique 26
  - ÉTAPE 3 : Conseiller le patient à cesser de fumer 26

ÉTAPE 4 : Identifier le stade de changement du fumeur 27
ÉTAPE 5 : Intervenir selon le stade de changement 29
ÉTAPE 6 : Assurer le suivi approprié 34
Exercice d'intégration des apprentissages 37

QUATRIÈME VOLET
L'initiation, l'ajustement et le suivi de la thérapie médicamenteuse 38

L'exercice de la pharmacie 38
Les activités réservées au pharmacien 39
L'ordonnance 39
Exercice d'intégration des apprentissages 43

CINQUIÈME VOLET
Les ressources disponibles 44

Conclusion 46

Documentation consultée 47

Liste des tableaux

1) Prévalence du tabagisme chez les 12 ans et plus selon la province et le territoire, 2005 8
2) Proportion de fumeurs actuels selon l'âge, Québec, 2005 8
3) Bénéfices reliés à l'abandon du tabac 10
4) Principaux effets indésirables des timbres 14
5) Barrières rencontrées à une intervention en abandon du tabac et commentaires 25
6) Raisons de fumer et stratégies possibles 32
7) Stratégies de remplacement des habitudes et des moments de fumer 33
8) Gestion des symptômes associés au renoncement au tabac 35
9) Moments dangereux pour le fumeur et stratégies pour y résister 36
10) Principaux organismes ayant des ressources visant la réduction du tabagisme 45

Liste des figures

1) Modèle transthéorique de *DiClemente* et *Prochaska* 28
2) Degré de motivation du fumeur pour cesser de fumer – Stade de changement du fumeur 29
3) Journal du fumeur 32
4) Ordonnance collective sans protocole 41
5) Ordonnance collective avec protocole 41

Liste des annexes

1) Données de l'enquête auprès des pharmaciens – 2005 49
2) Échelle de dépendance physique à la nicotine de Fagerström 51
3) Correcteur des exercices d'intégration des apprentissages 52

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les maladies liées au tabagisme tuent environ cinq millions de personnes chaque année, soit une personne toutes les huit secondes. L'usage du tabac est la principale cause de décès évitable dans le monde. Si la tendance actuelle se poursuit, dans 20 ans, le tabagisme sera la cause de décès et d'invalidité numéro un dans le monde, tuant plus de gens que le sida, la tuberculose, la morbidité maternelle, les accidents de la circulation, le suicide et le meurtre réunis.

Devant autant d'évidences, pourquoi tant de gens conservent-ils cette habitude réputée mortelle? Quel est le rôle du pharmacien pour aider ces personnes à abandonner le tabac?

L'objectif général de la mise sur pied d'une activité de formation en abandon du tabac est de permettre aux pharmaciens de réviser ou d'acquérir les connaissances nécessaires pour intervenir selon le stade de changement du fumeur et de conseiller judicieusement les patients fumeurs désirant ou non cesser de fumer.

Les objectifs spécifiques, au nombre de sept, indiquent plus précisément ce que les pharmaciens devraient être en mesure de faire sur le plan professionnel et ce qu'ils devraient connaître sur le plan légal, au terme de la formation, soit :

- discuter de l'importance du tabagisme comme problème de santé publique;
- réviser la pharmacothérapie de la dépendance au tabac;
- documenter le statut tabagique du patient;
- identifier les stades de changement vécus par le patient pour modifier son comportement et leurs impacts sur la communication pharmacien/patient;
- recommander les traitements pharmacologiques et les mesures non pharmacologiques appropriées;
- adapter une intervention clinique aux besoins du patient;
- connaître les ressources disponibles afin de soutenir le patient dans sa démarche.

Les pharmaciens qui auront réussi l'évaluation de l'atteinte des objectifs du programme de formation pourront offrir des services inestimables à la population et contribueront, par leur action directe, à l'amélioration des soins de santé. Le présent document comprend tous les constituants du programme de formation. Des exercices d'apprentissage ont été inclus afin de permettre l'intégration des notions théoriques.

Le contexte entourant le tabac et l'abandon de l'usage du tabac

La *Loi modifiant la loi sur le tabac*

Dans le but de favoriser la réduction du tabagisme et de protéger la population contre les dangers de l'exposition à la fumée de tabac secondaire, le gouvernement du Québec a adopté en juin 2005 la *Loi modifiant la Loi sur le tabac*[1-2]. Cette loi s'attaque au problème du tabac sur tous les fronts : l'usage du tabac dans les lieux publics, la promotion du tabac, ainsi que la vente et la mise en marché des cigarettes.

Dans les lieux publics, il est donc maintenant interdit de fumer dans des lieux tels que les restaurants, les salles de bingo, les bars, les centres commerciaux, les salles de quilles, les centres de congrès et autres lieux de divertissements. De plus, il est interdit de fumer à l'extérieur dans un rayon de neuf mètres de toute porte communiquant avec un établissement de santé et de services sociaux, un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, ainsi qu'un lieu où se déroulent des activités destinées aux mineurs.

Afin de réduire la promotion faite en faveur du tabac, les principales mesures sont :

- l'interdiction totale des étalages de produits du tabac dans presque tous les points de vente de tabac (à partir du 31 mai 2008);
- l'interdiction d'exploiter un point de vente de tabac dans les lieux suivants :
  - lieux où se déroulent des activités sportives, culturelles, artistiques ou de loisir;
  - cégeps et universités;
  - restaurants;
  - bars, brasseries, tavernes;
- de plus, il est totalement interdit de vendre du tabac au moyen d'un appareil distributeur.

Des mesures sont aussi prévues afin de prévenir le tabagisme chez les jeunes. Celles-ci se concrétisent de différentes manières dont en voici quelques-unes :

- Interdiction à quiconque, et non seulement aux commerçants, de vendre du tabac à un mineur.
- Dans les commerces, accroissement de la sévérité des sanctions pénales et administratives en cas de vente de tabac à un mineur. Par exemple pour le commerçant, augmentation de l'amende (de 300 $ à 500 $) et suspension du droit de vendre du tabac pour une période d'un mois, dès la première infraction.
- Interdiction de fumer sur les terrains d'un centre de la petite enfance, des écoles primaires et secondaires.
- Interdiction de fournir du tabac dans les locaux et sur les terrains des écoles primaires et secondaires.

Cette loi marque un virage important au niveau de la société québécoise en contribuant à modifier la norme sociale qui banalise et normalise le tabac et le tabagisme.

On peut obtenir plus de renseignements au sujet de la *Loi sur le tabac* par téléphone aux numéros suivants : sans frais : 1 877 416-TABA (8222), région de Québec : (418) 646-9334, ou par internet : www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac/.

Quelques statistiques fumantes

La mortalité

Le tabagisme tue cinq millions de personnes par année dans le monde, ce qui en fait la plus grande cause de mortalité à l'échelle de la planète. En 2020, l'usage du tabac pourrait faire deux fois plus de victimes, soit dix millions de morts par année[3].

Le Québec compte près de 13 000 décès chaque année des suites du tabagisme, ce qui représente 36 décès prématurés à chaque jour[4]. Considéré par la santé publique comme étant le pire ennemi, le tabagisme représente la principale cause de décès évitable[5].

Les maladies reliées au tabac

Le tabagisme dégrade l'état de santé général et a des répercussions négatives sur presque chaque partie du corps. Fortement documentées, on compte plus de deux douzaines de maladies et d'affections associées au tabagisme, dont voici les principales[6-7] :

- 85 % des cas de cancer du poumon :

  Le cancer du poumon est la première cause de décès parmi tous les cancers au Canada.

- 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques :

  L'emphysème, la bronchite chronique et la bronchite asthmatique, un risque accru de symptômes respiratoires, dont la toux, la mucosité, le sifflement et une respiration difficile ou laborieuse.

- 30 % de tous les cancers :

  Les cancers des voies respiratoires et du tube digestif supérieur, dont le cancer de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage, les cancers de la vessie, de l'estomac, des reins et du pancréas, du col de l'utérus et la leucémie.

- 25 à 30 % des maladies cardiovasculaires :

  Les crises cardiaques et les maladies coronariennes ainsi que les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'espérance de vie

Comme la fumée de tabac contient des milliers de produits chimiques, dont cinquante composants connus pour être cancérigènes, on ne s'étonnera pas du fait que les fumeurs soient plus enclins à mourir prématurément[6]. Ainsi :

- Parmi les personnes qui fument à l'âge de 20 ans et qui continuent de le faire, une sur deux mourra d'une maladie causée par le tabac[8].
- La possibilité de mourir entre l'âge de 35 et 70 ans serait jusqu'à trois fois plus grande pour les fumeurs[9].
- Les personnes qui cessent de fumer à l'âge de 60, 50, 40 ou 30 ans gagnent respectivement 3, 6, 9, 10 ans en espérance de vie[9].

La prévalence du tabagisme

En 2005, la proportion de fumeurs actuels[i] canadiens de 12 ans et plus s'élevait à 22 %, avec un taux plus élevé chez les hommes (23 %) que chez les femmes (20 %)[10]. Le Québec figure parmi les provinces canadiennes où les taux de tabagisme sont les plus élevés. En effet, 24 % des Québécois sont des fumeurs actuels ce qui représente près de 1,6 million de personnes. À titre comparatif, certains pays, dont la Chine, ont des taux qui atteignent 60 % chez les hommes[3].

Le tableau 1 à la page suivante présente les taux de prévalence au Canada et dans les provinces canadiennes. Chez les hommes, le taux s'élève à 25 % comparativement à 24 % chez les femmes[10].

[i] Toute personne qui fumait au moment de l'entrevue. Cette catégorie comprend les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels. Le *fumeur quotidien* fumait à tous les jours au moment de l'enquête. Par contre, le *fumeur occasionnel* fumait au moment de l'enquête mais pas à tous les jours.

Tableau 1 – Prévalence du tabagisme chez les 12 ans et plus selon la province et le territoire, 2005

Province	Nombre	%
Canada	**5 874 689**	**21,8**
Terre-Neuve-et-Labrador	103 700	23,1
Île-du-Prince-Édouard	26 000	22,1
Nouvelle-Écosse	180 200	22,7
Nouveau-Brunswick	143 500	22,5
Québec	1 577 000	24,4
Ontario	2 187 000	20,9
Manitoba	190 800	20,5
Saskatchewan	187 500	23,9
Alberta	611 000	22,8
Colombie-Britannique	639 400	17,8
Yukon	8 300	30,4
Territoires du Nord-Ouest	12 500	36,1
Nunavut	7 900	53,1

Source : Statistique Canada, (2006). Votre collectivité, votre santé : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Usage du tabac et soins pour le diabète : résultats tirés du cycle 3.1 de l'ESCC, 2005 (82-621-XWF2006002).

Note : Dans ce tableau, le nombre de fumeurs dans chaque province a été arrondi à la centaine, ce qui explique que le total des provinces soit différent du nombre pour l'ensemble du Canada.

Les groupes d'âge

Parmi l'ensemble des Québécois, la prévalence du tabagisme est plus marquée chez les jeunes de 20 à 34 ans avec un taux de 32 %. Un fait intéressant à souligner chez les adolescents de 12 à 19 ans, est que la proportion des jeunes filles fumeuses (20 %) est beaucoup plus élevée que celle des garçons (14 %). Les personnes âgées de 65 ans et plus constituent la catégorie où l'on retrouve la moins grande proportion de fumeurs actuels (14 %)[10]. On trouve au tableau 2 la répartition des fumeurs actuels selon l'âge.

Tableau 2 – Proportion de fumeurs actuels selon l'âge, Québec, 2005

Groupe d'âge	12 à 19 ans	20 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 64 ans	65 ans et plus	Total, 12 ans et plus
2005	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Total	17	32	29	24	14	24
Hommes	14	32	32	23	17	25
Femmes	20	32	25	25	12	24

Source : Statistique Canada, (2006). Votre collectivité, votre santé : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Usage du tabac et soins pour le diabète : résultats tirés du cycle 3.1 de l'ESCC, 2005 (82-621-XWF2006002).

La tendance

Depuis plus de 10 ans, la province de Québec connaît dans son ensemble une baisse soutenue de l'usage du tabac. La proportion de fumeurs actuels âgés de 12 ans et plus est passée de 34 % en 1994-1995[11] à 24 % en 2005[10].

Cette perspective est très encourageante. Elle est probablement attribuable à une multitude d'actions dont plusieurs mesures législatives et économiques, des programmes éducatifs, des campagnes médiatiques ainsi qu'une série d'actions favorisant l'arrêt tabagique.

Malgré cette baisse, il faut considérer d'une part, que le tabagisme touche encore un nombre important de jeunes Québécois qui s'initient et développent une dépendance au tabac et que d'autre part, trop de Québécois continuent de fumer ou d'être exposés à la fumée de tabac secondaire[12].

Les coûts

Le tabagisme comporte des coûts économiques et sociaux considérables. Évalué à partir d'un certain nombre d'indicateurs, ce fardeau se traduit par des coûts reliés aux soins de santé, à l'application des lois, à la perte de productivité au travail ou à la maison, aux décès prématurés, aux incapacités, etc. Au Québec, ces coûts sont estimés à quatre milliards de dollars pour l'année 2002 et représentent 1,5 % du PIB[13-14].

La fumée de tabac secondaire

En plus d'avoir des effets nuisibles sur le fumeur, le tabagisme entraîne des répercussions négatives sur la santé des non-fumeurs de tous âges : les bébés à naître, les nourrissons, les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées[15-16].

L'association entre la fumée de tabac secondaire et les conditions de santé est clairement démontrée par la documentation scientifique. Un non-fumeur exposé à la fumée de tabac secondaire aurait un risque accru de cancer pulmonaire de 20 à 30 %. Pour ce qui est des maladies cardiaques, le risque est augmenté de 25 %[3-16].

Un non-fumeur en présence de la fumée de tabac secondaire respire à la fois la fumée expirée par le fumeur et celle du bout brûlant de la cigarette. Cette dernière, le principal composant de la fumée de tabac secondaire, est plus toxique que la fumée expirée par le fumeur[3, 15].

La composition de la fumée de tabac secondaire fait en sorte qu'elle contient au moins deux fois plus de nicotine et de goudron que la fumée inhalée par le fumeur. Des 4 000 substances chimiques qui font sa composition, on retrouve[17] :

- du monoxyde de carbone ➤ le gaz mortel émis par le tuyau d'échappement d'un véhicule;
- du formaldéhyde ➤ un produit chimique utilisé pour la conservation des animaux morts;
- de l'arsenic ➤ un produit chimique servant à tuer les insectes et les mauvaises herbes;
- de l'ammoniac ➤ un produit chimique servant à nettoyer les planchers et les toilettes;
- du cyanure ➤ un gaz utilisé dans le cadre de la guerre chimique;
- cinquante substances chimiques reconnues pour causer le cancer.

Les bienfaits de l'abandon du tabac

Les fumeurs qui font le choix de cesser de fumer retirent des bénéfices dans les vingt-quatre heures qui suivent l'abandon[18]. Certains bienfaits se manifestent tôt comme les niveaux sanguins de nicotine et de monoxyde de carbone. Graduellement, les risques accrus de subir une maladie cardiovasculaire, un cancer ou des troubles respiratoires diminuent. Soulignons un bénéfice non négligeable, les anciens fumeurs vivent plus longtemps que les fumeurs qui continuent de fumer. Le tableau 3 indique l'ensemble des bénéfices reliés à l'abandon du tabac[19].

Tableau 3 – Bénéfices reliés à l'abandon du tabac

20 minutes après avoir cessé de fumer	La pression artérielle diminue pour atteindre le niveau avant l'usage de la cigarette.
8 heures après avoir cessé de fumer	Le monoxyde de carbone dans le sang diminue à la normale et le niveau d'oxygène dans le sang augmente à la normale.
24 heures après avoir cessé de fumer	Les risques d'avoir une crise cardiaque diminuent.
48 heures après avoir cessé de fumer	L'odorat et le goût s'améliorent.
2 semaines à 3 mois après avoir cessé de fumer	La circulation sanguine s'améliore et la fonction pulmonaire augmente.
9 mois après avoir cessé de fumer	La toux, la congestion des sinus, la fatigue et le souffle court diminuent.
1 an après avoir cessé de fumer	Le risque de maladies du cœur est réduit de moitié.
5 ans après avoir cessé de fumer	Le risque d'un accident vasculaire cérébral est grandement réduit. De 5 à 15 ans après avoir cessé de fumer, le risque devient égal à celui d'un non-fumeur.
10 ans après avoir cessé de fumer	Le risque de mourir du cancer du poumon est réduit de moitié. Le risque de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, de la vessie, du rein et du pancréas est aussi diminué.
15 ans après avoir cessé de fumer	Le risque de maladies du cœur est égal à celui d'une personne qui n'a jamais fumé.

Source : Santé Canada, Renoncement au tabac en milieu de travail : Un guide pour aider vos employés à cesser de fumer http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/cessation-renoncement/section-6_f.html#a.

Exercice d'intégration des apprentissages

Question 1

Au Québec, 36 personnes meurent chaque jour des conséquences du tabagisme.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 2

Nommer 5 maladies associées au tabagisme.

_____

_____

_____

_____

_____

Question 3

Il est dorénavant interdit de fumer à l'extérieur dans un rayon de 9 mètres de toute porte communiquant avec un établissement de santé et de services sociaux, un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, ainsi qu'un lieu où se déroulent des activités destinées aux mineurs.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 4

Pour le Québec, nommer le groupe d'âge où l'on retrouve le taux de tabagisme le plus élevé.

_____

Question 5

Cinq ans après avoir cessé de fumer, le risque de maladies du cœur est égal à celui d'une personne qui n'a jamais fumé.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 6

Le fumeur peut noter un bénéfice relié à l'abandon du tabac 20 minutes après avoir cessé de fumer.

☐ Vrai ☐ Faux

La pharmacothérapie de la dépendance au tabac

Dans ce second volet, nous réviserons les notions associées à la dépendance au tabac ainsi que la pharmacothérapie de cette dépendance afin de pouvoir recommander les traitements pharmacologiques appropriés selon la situation des patients. Quelques méthodes alternatives seront également présentées.

La dépendance au tabac

La nicotine est la principale responsable de la dépendance au tabac[20-21]. Lorsqu'elle est inhalée, elle atteint le cerveau en dix secondes, ce qui est plus rapide que le temps que mettent les drogues intraveineuses pour atteindre les neurones cérébraux. La nicotine stimule la libération de plusieurs neurotransmetteurs dont la dopamine. Elle permet une meilleure concentration, une vivacité d'esprit, réduit l'irritabilité ainsi que la faim. C'est ce qui amène le fumeur à répéter l'expérience[20-22]. Cette libération amène une sensation, consciente ou non, du même type que lorsqu'un besoin vital est assouvi – une sensation de plaisir. On croit que c'est cette libération de dopamine au niveau du système limbique qui crée la dépendance[20-21]. La décharge de dopamine amenée par la nicotine est forte et prolongée, ce qui ajoute à la dépendance[20]. De plus, le niveau sanguin de nicotine chute rapidement ce qui amène une sensation désagréable portant le fumeur à fumer de nouveau. Une personne qui fume un paquet de cigarettes par jour effectue le geste main–bouche près de 90 000 fois dans une année, ajoutant ainsi à la dépendance.

Malgré cette dépendance induite par la nicotine, soulignons qu'un grand nombre de fumeurs disent avoir l'intention d'arrêter de fumer, ou rapportent au moins une tentative pour arrêter. En 2003, un peu plus de la moitié des fumeurs du Québec, soit 51 %, disait avoir l'intention d'arrêter de fumer au cours des six prochains mois[5]. Plus du tiers des fumeurs québécois (38 %) rapportaient entre une et trois tentatives pour cesser de fumer[5, 23].

La pharmacothérapie

L'efficacité de la pharmacothérapie est bien démontrée; celle-ci double les chances de cesser de fumer[24-25]. Tous les patients qui désirent cesser de fumer devraient être encouragés à faire l'usage des aides pharmacologiques[25]. Toutefois, le traitement pharmacologique de l'arrêt du tabagisme chez les patients qui possèdent les caractéristiques suivantes doit être considéré avec une attention particulière : contre-indications médicales, fumeurs consommant moins de dix cigarettes par jour, adolescents, femmes enceintes. Des indications seront données en fonction des médicaments.

Au Québec, il existe deux classes distinctes de médicaments. D'une part, les produits de remplacement de la nicotine, aussi appelés thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) et d'autre part, le chlorhydrate de bupropion et le tartrate de varénicline.

La thérapie de remplacement nicotinique

La TRN qui se présente sous la forme de timbres transdermiques, de gomme et d'inhalateur permet d'apporter, sous une autre forme que le tabac, la nicotine dont le fumeur dépendant peut avoir physiologiquement besoin[5].

Les timbres transdermiques

Sur le marché québécois se côtoient les timbres Nicoderm[MD], Habitrol[MD] ainsi que les marques privées qui emploient la technologie de Habitrol[MD]. Comme la nicotine est une molécule à fort passage hépatique, elle ne se consomme pas sous forme de comprimé. La nicotine a une bonne solubilité adipeuse et aqueuse d'où l'usage sous la forme d'un timbre cutané.

Les produits Nicoderm[MD] et Habitrol[MD] ne sont pas considérés bioéquivalents à cause de leurs mécanismes de libération différents[26]. Nicoderm[MD] est muni d'un réservoir matriciel multi lamellaire alors que le produit Habitrol[MD] est composé d'une matrice[26-27].

Un réservoir matriciel est un gel ou une solution par lequel la libération du médicament est contrôlée par une membrane semi-perméable. La technologie *Smart Dose* utilisée par Nicoderm[MD] permet la libération régulière de nicotine dans la circulation sanguine[26]. Puisque cette libération ne dépend pas des variations individuelles, le niveau sanguin de nicotine est prévisible.

Dans une matrice, le médicament est mélangé dans un véhicule polymérique. La matrice régule la libération du médicament et la peau limite la vitesse d'absorption[27]. La libération de la nicotine se poursuit de façon continue pendant 24 heures. Des quantités contrôlées de nicotine sont libérées à un débit constant pour entraîner des concentrations plasmatiques de nicotine comparables aux creux observés chez les fumeurs avant de fumer une cigarette[27]. La vitesse de libération de la nicotine dans le sang est alors moins prévisible puisqu'elle dépend de la perméabilité de la peau et du gradient de concentration de la nicotine entre le timbre et la peau. En conclusion, le pic sérique avec le produit Nicoderm[MD] serait plus élevé et atteint plus rapidement (taux plasmatique maximal atteint 6,2 heures plus tôt, $p < 0,05$)[26]. Toutefois, ceci ne permet pas de montrer une différence au niveau de l'efficacité des différentes marques déposées de timbres en pratique.

On suggère d'enlever les timbres de nicotine avant un exercice physique intense. En effet, le Bulletin canadien sur les effets indésirables des médicaments publié en janvier 1996 mentionne trois cas d'intoxication à la nicotine survenus à la suite d'un exercice physique intense. L'augmentation de la

température de la peau, de la vasodilatation et de l'irrigation cutanée, engendrée par l'exercice, peut accroître l'absorption de la nicotine à partir du réservoir de nicotine qui se forme sous la peau[26].

Présentation des timbres

Il existe trois dosages de timbres cutanés : 21 mg, 14 mg et 7 mg. Ceux-ci doivent être utilisés pour une durée totale de 8 à 12 semaines, et ce, à tous les jours[25-27]. Si le patient a été incapable de cesser de fumer au cours des quatre premières semaines, il est recommandé d'interrompre le traitement[26-28].

Posologie et administration

Le timbre s'applique sur une partie propre et non velue du corps, au-dessus de la taille (thorax) ou sur la face externe du bras. On doit faire une pression de dix secondes pour assurer une bonne mise en place du timbre. De plus, il importe d'alterner les sites d'application et d'y revenir aux sept jours[26-27]. Le patient doit complètement cesser de fumer durant le traitement.

La posologie recommandée, selon le protocole[ii] de l'Institut de cardiologie de Montréal[29], est :

< 10 cigarettes par jour : – 14 mg/24 heures pendant 8 semaines
– 7 mg/24 heures pendant 4 semaines

≥ 10 cigarettes par jour : – 21 mg/24 heures pendant 4-6 semaines
– 14 mg/24 heures pendant 4 semaines
– 7 mg/24 heures pendant 2 à 4 semaines

Pour un patient de moins de 45 kg : débuter avec le timbre de 14 mg.

Effets indésirables

Les principaux effets indésirables possibles à la suite de l'utilisation d'un timbre cutané sont présentés au tableau 4[26-27] :

Tableau 4 – Principaux effets indésirables des timbres

Médicament	Effets indésirables comparés au placebo (%)		
	Céphalée	Insomnie	Rêves anormaux
Nicoderm[MD] (placebo)	15,9 (15,5)	15,7 (11,3)	6,3 (1,2)
Habitrol[MD] (placebo)	29,7 (29,2)	6,5 (5,4)	2,0 (1,0)

Pour remédier à l'insomnie, le patient peut enlever le timbre au coucher et appliquer un nouveau timbre au réveil.

De plus, l'irritation cutanée se présente chez plusieurs patients – les données varient selon la documentation consultée. Cependant, cet effet amène l'abandon du produit chez seulement 5 % des utilisateurs[26].

La gomme

La gomme (Nicorette[MD]) a fait son apparition sur le marché en 1984. Elle est indiquée comme aide médicamenteuse temporaire pour contrer les effets indésirables liés à la cessation tabagique.

Une bonne technique de mastication assure une efficacité maximale de la thérapie et diminue les effets indésirables. Comme l'absorption de la nicotine se fait par la muqueuse buccale, il est important de bien expliquer au patient la technique de mastication. Selon des données rendues disponibles par Pfizer, près de la moitié des patients n'utilisent pas la bonne technique de mastication. De plus, la gomme est contre-indiquée chez les patients ayant une maladie buccodentaire sévère ou une maladie active de l'articulation temporo-mandibulaire[30].

Présentation de la gomme

Deux dosages sont disponibles, 2 mg et 4 mg[30]. On trouve diverses saveurs dont les suivantes : menthe fraîche, menthe givrée et fruits.

Posologie et administration

On recommande la gomme de 4 mg chez les fumeurs qui, selon l'échelle de tolérance à la nicotine de Fagerström, ont un pointage de 7 ou plus. La gomme de 2 mg est indiquée pour les fumeurs dont le pointage se situe à 6 ou moins[30]. Nous discuterons de l'échelle de Fagerström au troisième volet.

Le bon usage peut aussi être déterminé de la façon suivante : pour les fumeurs qui allument leur première cigarette moins de 30 minutes après l'éveil, il est recommandé d'utiliser la gomme de 4 mg[30]. Pour les fumeurs qui consomment leur première cigarette plus de 30 minutes après l'éveil, la gomme de 2 mg est recommandée[30]. Un nombre maximal de 20 gommes par jour est recommandé pour les deux dosages[30].

Chez les patients qui éprouvent beaucoup de difficulté à cesser de fumer avec un seul produit, il est possible de combiner les timbres et la gomme. Par contre, il existe à ce jour peu d'études évaluant cette association[25].

ii Protocole intitulé *Thérapie de remplacement de la nicotine pour tous les patients hospitalisés* (adopté par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Institut de cardiologie de Montréal en 2005) – protocole utilisé à titre d'exemple lors des formations de l'Ordre des pharmaciens du Québec et joint à l'ordonnance collective développée par la Direction de la santé publique de la région socio-sanitaire de Montréal.

La technique de mastication consiste à :

1) mâcher la gomme quelques fois pour initier la libération de la nicotine (un picotement dans la bouche devrait apparaître);
2) placer la gomme entre la joue et la gencive pendant environ 1 minute;
3) mâcher à nouveau la gomme 2 à 3 fois;
4) replacer la gomme entre la joue et la gencive de l'autre côté;
5) répéter ce même processus pendant 30 minutes.

Afin de ne pas altérer l'absorption de la nicotine, il faut éviter de boire ou manger 15 minutes avant l'utilisation de la gomme. Toutefois, l'eau peut être consommée.

Effets indésirables

Les principaux effets indésirables de la gomme de nicotine sont[30] :

- les douleurs à la bouche ou à la gorge (37 %);
- les nausées et vomissements (18 %);
- les douleurs musculaires aux mâchoires (18 %);
- le hoquet (15 %);
- la dyspepsie (10 %);
- l'altération du goût (2 à 3 %).

L'inhalateur

L'inhalateur Nicorette[MD] est disponible au Canada depuis 2004. Il est constitué d'un embout buccal et de cartouches qui contiennent chacune 10 mg de nicotine. L'embout libère 4 mg de nicotine dont 2 mg pourront être absorbés. La nicotine est libérée sous forme de vapeur lors de l'inhalation d'air par l'embout. L'absorption se fait par la muqueuse buccale[31]. Moins de 5 % de nicotine est absorbée par les poumons. En général, la nicotine absorbée à l'aide du dispositif ne représente que 30 % de la concentration atteinte avec la cigarette[31]. Par ailleurs, on ajoute à la cartouche un goût de menthe afin de réduire l'effet irritant de la nicotine.

Ce dispositif rappelle le mouvement main–bouche répété chez les fumeurs. La monographie du produit indique une mise en garde concernant les patients souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques ou les patients asthmatiques[31].

On y suggère de tenter une autre méthode pour l'abandon du tabac chez ces patients avant d'utiliser l'inhalateur puisqu'il n'y a pas d'études chez cette population.

Posologie et administration

La durée du traitement recommandée est de trois mois. Le traitement consiste en 3 étapes :

1) début du traitement : 6 à 12 cartouches par jour pour une période allant jusqu'à 12 semaines;
2) réduction progressive du dosage sur une période de 6 à 12 semaines;
3) arrêt du traitement : lorsque 1 à 2 cartouches sont nécessaires à chaque jour.

La dose initiale varie selon le patient. Celui-ci peut déterminer lui-même la dose de nicotine dont il a besoin pour atténuer les symptômes de sevrage. Lors des essais cliniques, les patients ayant obtenu les meilleurs résultats ont utilisé de 6 à 12 cartouches par jour.

L'innocuité et l'efficacité de l'inhalateur utilisé de façon continue durant plus de 6 mois n'ont pas été étudiées. Au-delà de cette période, son emploi n'est pas recommandé par le fabricant.

Concernant le mode d'emploi de l'inhalateur, plusieurs éléments sont à retenir :

- 1 cartouche représente 20 minutes d'inhalation;
- l'effet optimal est obtenu par des inhalations fréquentes et continues pendant 20 minutes;
- prendre des bouffées dans l'inhalateur pendant 10 minutes à la fois assure assez de nicotine pour 2 utilisations;

- prendre des bouffées dans l'inhalateur pendant 5 minutes à la fois assure assez de nicotine pour 4 utilisations;
- une fois ouverte, une cartouche est utilisable pendant 24 heures;
- le dispositif est sensible à la température – on doit conserver l'inhalateur entre 15 et 30º Celsius.

En quelques jours, l'utilisateur aura découvert ce qui lui convient le mieux et il saura quand la cartouche est épuisée (habituellement la cartouche perd le goût de menthe).

Effets indésirables

Les principaux effets indésirables sont[31] :

- l'irritation de la bouche et de la gorge (24 %);
- la toux (27 %);
- la rhinite (18 %), la pharyngite et les stomatites (15 %);
- les céphalées (26 %).

Ces effets tendent à diminuer avec l'usage.

Les contre-indications à l'usage de la thérapie de remplacement de la nicotine

Selon la monographie des produits nicotiniques, les patients atteints des conditions énoncées ci-dessous devraient éviter l'usage des produits de la TRN[25-27] :

- d'un infarctus du myocarde récent (moins de 4 semaines);
- d'angine instable ou sévère;
- d'arythmie sévère;
- d'un accident vasculaire cérébral récent;
- d'une allergie aux diachylons (pour les timbres);
- d'une maladie cutanée généralisée (pour les timbres).

Toutefois, plusieurs experts estiment qu'il est important de prendre en considération le fait que continuer à fumer est probablement moins sécuritaire que prendre uniquement la nicotine en quantité minime[25, 32]. La TRN fournit moins de nicotine que la fumée inhalée. Les lignes directrices américaines indiquent que les timbres de nicotine sont sécuritaires pour les patients cardiaques et n'entraînent pas d'effets indésirables[25]. En juin 1999, l'Association médicale ontarienne a publié un document sur les mythes et faits entourant la médication facilitant le sevrage tabagique. On y mentionnait que les patients souffrant de maladies cardiaques peuvent utiliser le timbre transdermique. Celui-ci serait moins néfaste que la fumée de cigarettes dont les multiples composantes, en plus des effets hémodynamiques de la nicotine, ont des effets sur la coagulation et sur le taux monoxyde de carbone[32].

Même s'il est démontré que la nicotine peut contribuer à exacerber ou contribuer aux maladies cardiaques, plusieurs études démontrent l'innocuité des TRN chez la population cardiaque, même si celle-ci est à haut risque[33]. Les éléments contenus dans la cigarette, autre que la nicotine, augmentent la production de carboxyhémoglobine ce qui engendre une diminution de la libération de l'oxygène, une augmentation de l'agrégation plaquettaire ainsi qu'une élévation du taux de fibrinogène[33-34]. On constate que les timbres de nicotine amènent malgré tout une baisse de la tension artérielle chez les patients comparativement au moment où ils étaient fumeurs[33].

Selon l'Enquête sur le tabagisme au Canada, 58 % des femmes enceintes continuent de fumer lors de leur grossesse[35]. La plupart des monographies indique que la femme enceinte ou celle qui allaite ne devrait pas utiliser les thérapies de cessation tabagique; elles sont contre-indiquées[25, 32]. À ce jour, l'innocuité de la pharmacothérapie utilisée chez les femmes enceintes n'a pas été démontrée. Selon les experts, continuer de fumer est moins sécuritaire que de prendre une TRN. Toutefois, pour limiter la quantité de nicotine, la gomme devrait être utilisée en premier recours comme thérapie de remplacement[25]. Les timbres pourraient idéalement être utilisés le jour et retirés au coucher.

Les médicaments non nicotiniques

La présente section traite des produits d'aide à la cessation tabagique non nicotiniques. Comme médicaments de première intention, on y retrouve le chlorhydrate de bupropion ainsi que le tartrate de varénicline, une nouvelle classe de médicaments. Les produits de seconde intention sont la clonidine et la nortriptyline.

Traitement de première intention

Le chlorhydrate de bupropion

Disponible sur le marché depuis 1998, le bupropion est un inhibiteur du recaptage de la dopamine et de la noradrénaline. Son mécanisme d'action n'est pas clairement établi mais on croit que ces deux neurotransmetteurs jouent un rôle important dans les symptômes de retrait ressentis lors de la cessation tabagique[36-37].

Le chlorhydrate de bupropion est disponible comme antidépresseur sous le nom Wellbutrin[MD] et comme aide à la cessation tabagique sous le nom Zyban[MD 37]. Ce médicament est rapidement absorbé par le tractus digestif. Il est métabolisé par le foie et éliminé dans l'urine. Sa demi-vie d'élimination est de 21 heures[37]. En général, il faut compter cinq jours pour atteindre un plateau plasmatique satisfaisant. Il faut donc débuter le traitement lorsque le patient fume.

Posologie et administration

La posologie recommandée pour aider à la cessation tabagique est de[37] :

- 150 mg die pendant 3 jours; puis,
- 150 mg bid pendant 7 à 12 semaines.

Le patient doit cesser de fumer 7 à 14 jours après le début de la thérapie.

De plus, il faut laisser s'écouler un intervalle d'au moins 8 heures entre les doses pour ainsi éviter les risques de convulsions[38]. On doit conseiller au patient d'ingérer les comprimés entiers et de ne pas les diviser, les mâcher ou les écraser afin d'éviter de modifier la vitesse de libération du bupropion.

Effets indésirables

Les principaux effets indésirables sont :

- l'insomnie (31 % des patients);
- la sécheresse de la bouche (11 %);
- un patient sur 1000 présentera des convulsions.

Contre-indications et précautions

Il existe un risque de convulsions associé à la prise de bupropion. Le taux de convulsions est d'environ 0,1 % (1/1000) lorsque le médicament est utilisé à des doses ne dépassant pas 300 mg par jour. Principalement liées au seuil de convulsion, voici les contre-indications à l'utilisation du bupropion[36-38] :

- les troubles convulsifs;
- un patient qui prend déjà du bupropion;

- un diagnostic ou des antécédents de boulimie ou d'anorexie;
- une allergie connue au bupropion;
- une utilisation concomitante d'un inhibiteur de la monoamine oxydase ou de thioridazine, ou une consommation dans les 14 jours précédents;
- un sevrage éthylique;
- un retrait de benzodiazépines ou de sédatifs.

Les précautions regroupent les éléments suivants[37-38] :

- la prise concomitante de médicaments qui abaissent le seuil de convulsion tels les antipsychotiques, les antidépresseurs, la théophylline, les corticostéroïdes systémiques, les quinolones et les antipaludéens;
- les patients présentant les prédispositions aux convulsions suivantes : tumeur du système nerveux central, antécédents de traumatisme crânien ou de convulsions;
- une dépendance aux opioïdes, à la cocaïne ou aux stimulants;
- une consommation excessive d'alcool;
- une utilisation de stimulants ou d'anorexigènes;
- un diabète traité avec insuline ou des hypoglycémiants oraux;
- une atteinte hépatique grave.

Le tartrate de varénicline

Une nouvelle classe de médicaments est maintenant disponible depuis février 2007. Le tartrate de varénicline, commercialisé en Amérique du Nord sous le nom de Champix[MD], active partiellement les récepteurs nicotiniques dans le cerveau et réduit l'intensité des envies de fumer et des symptômes de sevrage de la nicotine[39]. Une ordonnance médicale est requise pour la distribution du produit. Deux dosages sont disponibles : 0,5 mg et 1 mg.

Posologie et administration

Pour aider à l'arrêt tabagique, il est recommandé d'augmenter graduellement la dose de varénicline jusqu'à l'atteinte de la dose maximale de 1 mg administrée 2 fois par jour[39] :

- du 1er au 3e jour : 0,5 mg 1 fois par jour;
- du 4e au 7e jour : 0,5 mg 2 fois par jour;
- du 8e jour jusqu'à la fin du traitement : 1 mg 2 fois par jour.
- Débuter le médicament de 1 à 2 semaines avant la date d'arrêt de l'usage du tabac.
- Le traitement doit durer 12 semaines. Après cette période, il est possible d'envisager un autre traitement de 12 semaines.
- Pour les patients qui ne peuvent tolérer les effets indésirables, la dose pourra être réduite de façon temporaire ou permanente.
- Un ajustement posologique est recommandé en cas d'insuffisance rénale grave : 0,5 mg die pendant 3 jours avant de passer à 0,5 mg bid[39].

Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquemment observés sont[39] :

- les nausées;
- les rêves anormaux;
- la constipation;
- la flatulence;
- les vomissements.

Contre-indications et précautions

Le médicament est contre-indiqué chez les patients qui présentent une hypersensibilité à la varénicline ou à l'un des composants du produit ou du contenant[39].

Par ailleurs, on ne sait pas parfaitement quelles pourraient être les conséquences chez des patients atteints d'une affection concomitante. La prudence est donc de rigueur.

L'innocuité et l'efficacité du produit n'ont pas été établies chez les enfants de 18 ans et moins[39]. De plus, il n'existe pas de données sur l'emploi de la varénicline chez la femme enceinte – son emploi n'est pas recommandé[39]. Il a été établi que la varénicline peut passer dans le lait maternel. Comme on ne sait pas si ce produit risque de provoquer des effets indésirables chez le nourrisson, il est recommandé de faire un choix entre l'allaitement ou la prise du médicament[39].

Comme la varénicline est éliminée en bonne partie par les reins, les patients qui présentent une atteinte rénale peuvent courir un risque plus grand de réactions toxiques. Ainsi, le produit n'est pas recommandé chez les patients atteints d'une insuffisance rénale terminale. De plus, un ajustement

posologique peut être requis en cas d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine estimée < 30 ml/min)[39].

Selon la monographie du produit, la varénicline ne semble pas inhiber les isoenzymes du cytochrome P450. Par conséquent, il est peu probable que la varénicline modifie les paramètres pharmacocinétiques des produits essentiellement métabolisés par les isoenzymes du CYP450[39].

Traitement de seconde intention

Cette section présente d'autres traitements qui peuvent être utiles pour l'arrêt tabagique. Ceux-ci n'ont pas été approuvés spécifiquement pour cette indication par Santé Canada. Ils sont par contre reconnus par les lignes directrices américaines publiées en 2000[25].

La clonidine

La clonidine peut être utile pour les patients qui n'ont pas connu de succès avec les TRN ou le bupropion. Selon plusieurs études, elle double le taux d'abstinence. Puisque la clonidine possède des propriétés pour réduire les symptômes de sevrage de l'alcool et des drogues, elle est donc utilisée pour plusieurs types de sevrages[25].

Les patients recevant la clonidine requièrent un suivi fréquent de la tension artérielle. De plus, le médicament ne doit pas être cessé brusquement puisqu'il peut provoquer une hypertension rebond. Les principaux effets indésirables incluent la bouche sèche, la somnolence, les étourdissements et l'hypotension orthostatique[25].

La posologie habituellement recommandée pour le soulagement des symptômes de sevrage est de 0,15 à 0,75 mg par jour pour une durée variant de 3 à 10 semaines[25].

La nortriptyline

La cessation tabagique n'est pas une indication reconnue de la nortriptyline. Elle est plutôt employée pour le traitement pharmacologique de la dépression, de la douleur chronique et de la douleur neuropathique. Les effets indésirables incluent notamment la sédation, la bouche sèche, la sensation de tête légère, la vision brouillée et la rétention urinaire[25].

La posologie habituellement recommandée pour le soulagement des symptômes de sevrage est de 25 mg par jour pendant 10 à 28 jours avant l'arrêt du tabac. Par la suite, la posologie est augmentée à 75 mg puis à 100 mg par jour pour une durée de 12 semaines[25].

Selon les lignes directrices américaines, la nortriptyline aurait une efficacité similaire au bupropion[25].

Les interactions médicamenteuses

Le pharmacien doit-il surveiller l'utilisation concomitante d'autres médicaments avec les traitements d'aide à l'abandon du tabac? La surveillance de la thérapie médicamenteuse du patient inclut la prévention et la gestion des interactions médicamenteuses. Pour assurer cette vigilance, voici un bref résumé des principales interactions liées à l'arrêt tabagique.

Les hydrocarbures polycycliques de la nicotine induisent les isoenzymes du cytochrome P 450. Bien qu'ils induisent principalement l'isoenzyme 1A2, des effets sont également notés au niveau des isoenzymes 1A1, 2E1 et 2D6. Ceci a pour effet d'accélérer le métabolisme de certains médicaments. Ils augmentent aussi la glucoronoconjugaison. Si un patient fume plus de 20 cigarettes par jour, on peut s'attendre à un effet cliniquement significatif[40]. Voici **quelques médicaments** à surveiller lors de la cessation tabagique.

La théophylline

Le tabac réduit les concentrations plasmatiques de théophylline. La posologie de théophylline requise peut atteindre 30 à 50 % de plus chez le fumeur puisque la clairance du produit peut être augmentée de 58 à 100 % chez le fumeur[40]. Par conséquent, on suggère de procéder à des dosages une à deux semaines après la cessation du tabac.

La caféine

Fumer augmente le métabolisme de la caféine via l'isoenzyme 1A2. On constate une élévation de la clairance de la caféine de 56 %, et même parfois jusqu'à 70 %[38]. Par conséquent, l'élimination de la caféine est plus lente chez le patient lorsqu'il devient non fumeur. La caféine peut atteindre des niveaux toxiques chez certains patients (ex. jusqu'à 5 cafés par jour)[38].

La clozapine et l'olanzapine

Le tabagisme induit l'isoenzyme 1A2 ce qui augmente le métabolisme des médicaments[38, 40]. Dans le cas de la clozapine, il se produit une baisse de la concentration du médicament de 28 % chez un fumeur. Pour ce qui est de l'olanzapine, certaines études montrent que la clairance du produit peut augmenter jusqu'à 98 % chez le fumeur[38, 40]. En cas d'abandon du tabac, les concentrations plasmatiques peuvent augmenter et ainsi entraîner des effets indésirables. Un ajustement de la posologie de la clozapine et de l'olanzapine est parfois nécessaire[38, 40].

L'insuline

L'absorption de l'insuline peut parfois être réduite par la vasoconstriction périphérique induite par l'usage du tabac. Cet effet est rarement significatif[38]. Chez les grands fumeurs diabétiques, le besoin d'insuline peut augmenter jusqu'à 30 %, surtout si l'injection sous-cutanée est faite dans les 30 minutes suivant l'usage de la cigarette[40]. L'abandon du tabac peut nécessiter la réduction de la posologie de l'insuline.

La chlorpromazine

Le tabagisme peut induire le métabolisme hépatique de la chlorpromazine entraînant une diminution de la concentration plasmatique (24 %). En cessant de fumer, la concentration de chlorpromazine peut augmenter, et même tripler.

La warfarine

Le fait de fumer augmente la clairance de la warfarine, augmentation qui peut aller jusqu'à 13 % selon la documentation scientifique[40-41]. Le fumeur peut donc nécessiter une dose supérieure de warfarine pour maintenir le RNI dans l'intervalle thérapeutique visé. Toutefois, cette interaction n'a peu ou pas d'impact sur le temps de prothrombine. Lors de l'arrêt tabagique, certains patients auront besoin d'ajuster à la baisse la dose de warfarine (parfois jusqu'à 10 %).

Les bêta-bloquants

La libération des cathécholamines provoquée par la nicotine augmente la tension artérielle et les battements cardiaques[41]. Avec les bêta-bloquants liposolubles (labétalol, métoprolol, propranolol), on constate, chez les fumeurs, une augmentation de l'effet de premier passage hépatique ainsi qu'une hausse de la clairance par glucoronoconjugaison pour le propranolol[40-41]. Lors de la cessation tabagique, la tension artérielle devrait baisser par elle-même. Cependant, un monitorage de la tension artérielle des patients peut être requis.

Le régime d'assurance médicaments du Québec

Le régime d'assurance médicaments du Québec rembourse les frais d'utilisation de la gomme de nicotine, du timbre transdermique de même que du bupropion, et ce, pendant une période de 12 semaines consécutives (84 jours) par année[42]. Une ordonnance médicale est toutefois nécessaire pour obtenir un remboursement.

Par exemple, un patient peut bénéficier au cours de la même année d'un remboursement pour 12 semaines de traitement avec les timbres et pour 12 semaines de traitement à l'aide du bupropion. Le régime d'assurance médicaments couvrira à nouveau les frais à la date anniversaire du premier paiement effectué par le patient. Il n'y a pas de remboursement prévu des coûts liés à l'inhalateur de nicotine ou au tartrate de varénicline.

Les méthodes alternatives

Les paragraphes qui suivent résument brièvement quelques-unes des méthodes alternatives pouvant être tentées lors de l'arrêt tabagique.

L'hypnose

L'hypnose est un traitement par lequel l'état d'attention d'un patient est amené à être plus réceptif aux suggestions. Elle vise à faire expérimenter des modifications de perceptions, de sensations et de pensées de façon à motiver les fumeurs à changer leurs attitudes à l'égard du tabac[25, 43-44].

Les preuves de son efficacité sont faibles. Santé Canada indique que le recours à l'hypnose pour lutter contre le tabagisme produit des résultats modestes lorsqu'il est utilisé seul, mais s'il est associé à des programmes de modification du comportement ou de counselling, son taux de réussite augmente. Les lignes directrices américaines ainsi que le Groupe Cochrane soutiennent que des évidences sont insuffisantes pour conclure que l'hypnose soit un traitement contre l'usage du tabac[25, 45].

L'acupuncture

L'acupuncture est une technique chinoise qui, à l'aide de fines aiguilles fixées sous la peau à des points stratégiques du corps, réduirait ou ferait disparaître l'état de besoin de fumer[43]. Une à trois séances sont généralement requises pour aider le patient[46]. Aucune donnée scientifique ne permet de conclure que l'acupuncture est efficace pour l'arrêt du tabagisme[25, 45, 47].

Le laser

Le laser est une technique dérivée de l'acupuncture. Le rayon laser est utilisé en remplacement des aiguilles. Cette technique atténuerait le besoin de nicotine du fumeur en stimulant la sécrétion des endorphines par le cerveau[43]. Comme pour l'acupuncture, aucune évidence scientifique ne prouve l'efficacité de cette méthode[43].

Exercice d'intégration des apprentissages

Question 1

Nommer quatre produits approuvés par Santé Canada pour le traitement de l'arrêt tabagique?

_____

_____

Question 2

Puisque les thérapies de remplacement sont contre-indiquées chez les femmes enceintes, on devrait leur suggérer de diminuer de moitié leur consommation de tabac pour la santé du fœtus.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 3

Puisque l'usage de la nicotine augmente le risque de cancer, il serait préférable de ne pas utiliser la thérapie de remplacement de la nicotine lors d'un cancer du poumon.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 4

Un patient vous demande à quel endroit il est possible d'appliquer un timbre de nicotine.

a) Sur la partie supérieure externe des fesses

b) Sur toutes les parties exemptes de pilosité

c) Sur la face interne et externe des cuisses

d) Sur une partie propre et non velue au dessus de la taille ou sur la face externe du bras

Question 5

Lors d'un repas bien arrosé, il est possible d'utiliser la gomme Nicorette[MD]. Quelle condition le patient doit-il respecter pour maximiser l'effet du produit?

_____

_____

_____

_____

Question 6

Dès la première dose, le bupropion est efficace pour aider à cesser de fumer.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 7

Nommer deux médicaments utilisés lors de l'arrêt tabagique n'ayant pas obtenu une approbation de Santé Canada pour cette indication.

_____

_____

Question 8

Au cours d'une même année, il est possible qu'un patient puisse bénéficier d'un remboursement pour 12 semaines de traitement avec la gomme de nicotine et 12 semaines de traitement avec le bupropion.

☐ Vrai ☐ Faux

Les soins pharmaceutiques adaptés aux besoins du patient

L'importance du pharmacien dans le soutien à l'arrêt tabagique

Selon une enquête menée en 2005 auprès d'un échantillon aléatoire de 500 pharmaciens québécois, les pharmaciens croient qu'ils ont un rôle important à jouer relativement à l'abandon du tabac. En effet, plus de 80 % d'entre eux croient qu'ils devraient s'informer du statut tabagique de leurs patients, qu'ils devraient conseiller à ceux qui fument de renoncer au tabac et qu'ils devraient leur offrir un rendez-vous pour les aider à cesser de fumer[48]. Toutefois, ils rencontrent plusieurs barrières dont voici les principales :

- le manque de temps;
- le manque d'intérêt des patients;
- la résistance des patients envers les conseils;
- le manque d'observance des patients;
- le manque d'impact sur les patients.

L'annexe 1 à la page 49 présente un résumé des résultats de l'enquête.

Examinons quelques-unes de ces barrières perçues par les pharmaciens (tableau 5).

Les soins pharmaceutiques

Dans ce document, le concept des soins pharmaceutiques a été adapté à la problématique de l'abandon du tabagisme. Rappelons que les soins pharmaceutiques permettent au pharmacien d'occuper un rôle de premier plan auprès de son patient soit, dans ce cas-ci, de le guider de façon méthodique vers une démarche de renoncement au tabac.

L'Ordre des pharmaciens du Québec a défini ainsi les soins pharmaceutiques : « l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte des objectifs thérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative ».

Selon ce modèle, le pharmacien doit suivre un processus systématique et exhaustif lui permettant d'accomplir trois fonctions essentielles :

- identifier les problèmes pharmacothérapeutiques réels ou potentiels chez un patient;
- résoudre ces problèmes;
- prévenir les problèmes potentiels.

Dans le cas de l'abandon du tabac, les soins pharmaceutiques se divisent en six étapes :

1. développer et maintenir une relation de confiance avec le patient;
2. documenter le statut tabagique du patient;
3. conseiller le patient de cesser de fumer;
4. identifier le stade de changement du fumeur;
5. intervenir selon le stade changement;
6. assurer le suivi approprié.

Chacune de ces étapes sera présentée dans les pages qui suivent de façon à favoriser une application concrète en lien avec le contexte de pratique en pharmacie.

ÉTAPE 1 : Développer et maintenir une relation de confiance avec le patient

La première des six étapes est cruciale pour le pharmacien car elle lui permettra d'orienter ses actions, de prévoir les résultats recherchés et ainsi favoriser la réussite du traitement. Il est donc primordial d'établir une relation de confiance avec le patient. Ceci demande quelques habiletés en communication, qui peuvent se développer au cours des échanges avec le patient fumeur. Par exemple, le pharmacien peut discuter des intérêts du patient, de son travail, etc. Il faut démontrer un intérêt général envers son patient.

Tableau 5 – Barrières rencontrées lors d'une intervention en abandon du tabac et commentaires

Barrières	Commentaires
Aider un fumeur à cesser de fumer, c'est compliqué et ça prend du temps.	• Une intervention ciblée ne prend que 3 à 10 minutes[25]. • De plus, il est possible de référer les patients fumeurs aux services j'Arrête* qui sont gratuits.
Les patients qui fument ne sont pas intéressés à cesser de fumer.	• 7 fumeurs sur 10 ont déjà fait une tentative de cesser de fumer[23]. • Près de 1 fumeur sur 2 essaie d'arrêter de fumer chaque année[23]. • Par ailleurs, plusieurs fumeurs craignent d'échouer à nouveau lors d'une nouvelle tentative.
Les patients sont résistants aux conseils que nous leur donnons.	• Une approche adaptée au niveau de motivation du fumeur permet de diminuer grandement cette résistance.
Les patients n'écoutent pas et ne mettent pas en pratique nos conseils.	• Une entrevue motivationnelle permet en très peu de temps au patient fumeur d'identifier ses propres stratégies qui lui permettront de cesser de fumer.
Le counselling en abandon du tabac n'a pas d'impact sur nos patients.	• Les études ont démontré que même un conseil de moins de 3 minutes était efficace; plus la durée de l'intervention augmente, plus l'efficacité augmente aussi[25].
Demander le statut tabagique est un irritant pour le fumeur qui peut sentir que c'est une atteinte à sa liberté.	• Selon un sondage mené en 2006 auprès de fumeurs et d'ex-fumeurs de moins de 2 ans, 65 % d'entre eux croient que c'est le rôle du pharmacien de donner des conseils pour arrêter de fumer[49]. • Par ailleurs, une attitude compréhensive et empathique permettra d'éviter une telle perception chez le fumeur.
Les TRN sont faciles d'accès sans mon intervention.	• Bien que les TRN soient disponibles en vente libre, il est important de s'assurer que le patient connaît bien leur utilisation.
C'est au médecin d'intervenir.	• Il est de la responsabilité de tout professionnel de la santé, incluant le pharmacien, d'inciter et de soutenir un fumeur dans sa démarche d'abandon du tabac. • Par ailleurs, les études ont démontré que l'intervention de plusieurs cliniciens est plus efficace que celle d'un seul[25]. • Enfin, un fumeur à qui on ne parle pas de son statut tabagique lors d'une consultation peut croire qu'il n'est pas à risque.

* Pour plus de détails, se référer au cinquième volet.

Certaines attitudes favorisent les échanges et permettent de créer ce climat de confiance, notamment le respect, l'écoute active, la disponibilité et l'empathie. Le pharmacien doit être conscient du ton de voix utilisé et du langage corporel. Il importe d'éviter d'avoir une attitude critique et de porter un jugement. Regardez le patient. Évitez les distractions, d'avoir l'air occupé par autre chose. Le pharmacien doit concentrer son attention sur le patient. Rappelons qu'il est difficile de cesser de fumer, même pour les patients qui sont vraiment motivés à cause de la puissance de la dépendance au tabac. L'implication du pharmacien à divers moments de la démarche de cessation de son patient est importante.

ÉTAPE 2 : Documenter le statut tabagique

Cette étape est essentielle car il s'agit du point de départ pour conseiller judicieusement les patients. Documenter le fait de fumer ou d'avoir cessé l'usage du tabac permet de sensibiliser régulièrement le patient aux risques encourus et d'assurer le suivi des progrès et des difficultés du patient dans sa démarche de cessation.

Le pharmacien dispose de plusieurs moyens pour documenter le statut tabagique de son patient. Ces moyens regroupent l'observation, la détection et l'application.

L'observation

Les éléments suivants peuvent être observés par le pharmacien lors de la visite du patient à la pharmacie :

- un paquet de cigarettes dans la poche;
- la mauvaise haleine;
- les doigts, les dents ou la moustache tachés;
- une odeur générale de tabac (les vêtements);
- le patient éteint sa cigarette avant d'entrer dans la pharmacie;
- l'essoufflement, etc.

La détection

Plusieurs aspects peuvent aider le pharmacien à détecter un patient fumeur. Parmi ceux-ci, nous trouvons :

- la consultation du dossier patient;
- la présence d'infections à répétition[50];

- les otites récurrentes chez un enfant du patient[50];
- la présence de pathologies pour lesquelles le tabagisme est un facteur de risque telles que l'hypertension, le diabète, l'angine, un infarctus récent[50];
- la détérioration de l'état pulmonaire (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique);
- la présence de pathologies liées à l'appareil digestif telles que les ulcères et le reflux gastro-œsophagien.

L'application

La formation du personnel de la pharmacie est primordiale à l'identification du statut tabagique. Ainsi, dès la première visite, le statut tabagique pourra être documenté au dossier du patient.

ÉTAPE 3 : Conseiller le patient à cesser de fumer

Pour la plupart des individus, une recommandation provenant d'un professionnel de la santé est un puissant facteur de motivation[25]. Cependant, préparer un patient à cesser de fumer requiert des connaissances ainsi que des habiletés de communication et de motivation. Il est important de considérer que le fumeur peut être résistant aux recommandations si les actions menées sont incompatibles avec son stade de changement. Cette dernière notion sera abordée plus loin.

L'entrevue motivationnelle

L'entrevue motivationnelle est une technique grandement utilisée qui facilite le changement de comportement d'un individu par l'exploration et la résolution de ses ambivalences[51-52]. Ce modèle d'intervention utilise des stratégies spécifiques centrées sur le patient afin de renforcer les motivations au changement[52].

Miller et Rollnick ont identifié six ingrédients essentiels à l'approche motivationnelle, regroupés sous l'acronyme **FLAMES**[iii] (FRAMES)[51].

***F**eedback (**F**eedback)*

La rétroaction consiste à informer objectivement le patient sur son état de santé actuel.

***L**ibre arbitre (**R**esponsability)*

C'est le critère-clé. Le patient est maître de sa décision. On met l'accent sur la responsabilité du changement de la part du patient. Il est le seul pouvant décider quand et comment il cessera de fumer. Le pharmacien guide le patient dans son cheminement et ne pourra pas imposer la date de cessation, ni le moyen pour y arriver.

***A**vis (**A**dvice)*

À la demande du patient seulement, le pharmacien prodiguera des conseils ciblés et personnalisés.

***M**enu d'option (**M**enu)*

Le menu consiste en un éventail de possibilités qui permettront au patient de faire un choix éclairé sur son traitement.

***E**mpathie (**E**mpathy)*

L'empathie ressentie par le patient augmente les chances de réussite de la démarche entreprise. Le patient doit percevoir que le pharmacien le comprend face à sa dépendance au tabac.

***S**entiment d'efficacité personnelle (**S**elf efficacy)*

Par des interventions brèves, soutenues et ciblées, le pharmacien parviendra à encourager le fumeur à persévérer et à renforcer sa capacité à cesser de fumer.

Pour conseiller efficacement le patient, l'intervention du pharmacien doit être claire et sans équivoque! Par exemple :

« Lorsque vous serez prêt à cesser de fumer, dites-vous que je suis là pour vous aider. »

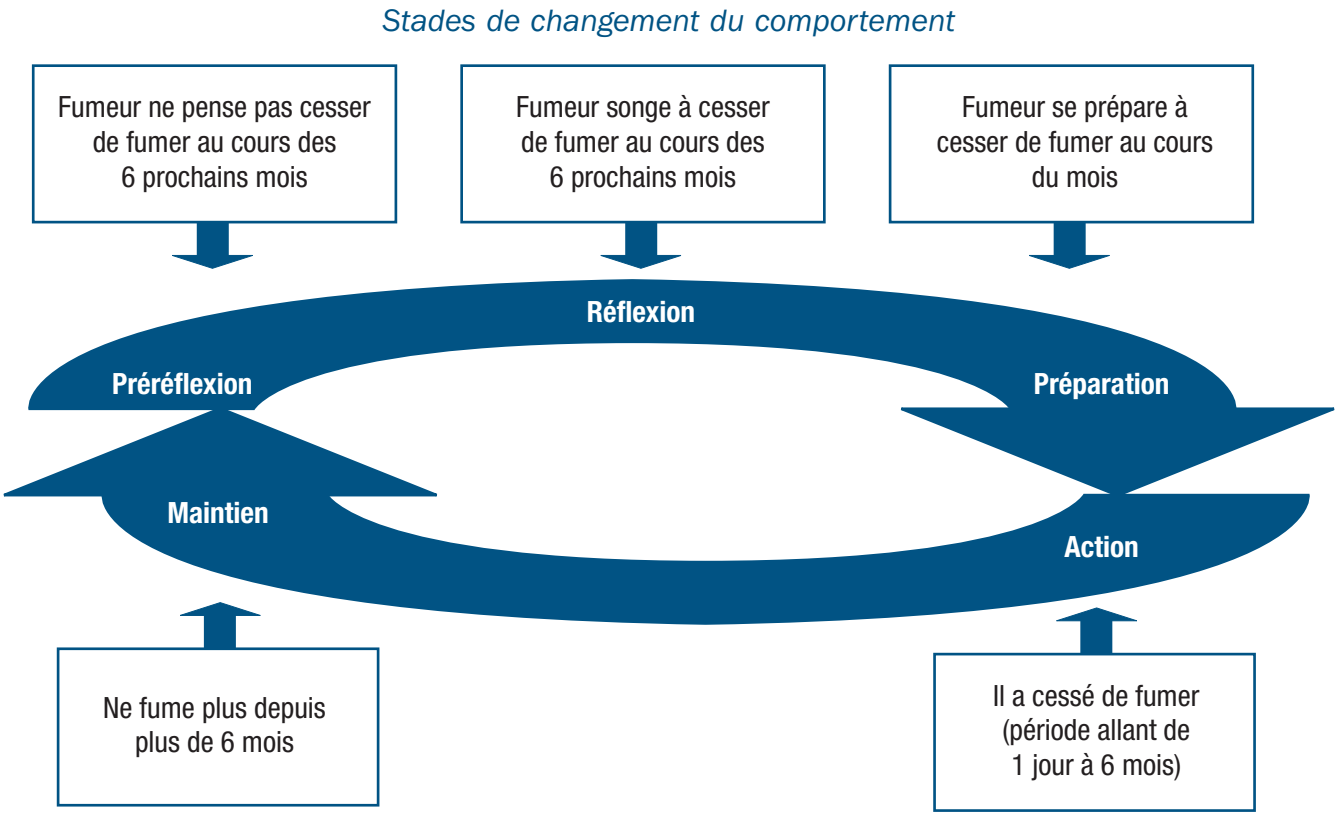
« Arrêter de fumer est une des choses les plus importantes que vous puissiez faire pour votre santé. »

ÉTAPE 4 : Identifier le stade de changement du fumeur

Les bases de l'entrevue motivationnelle s'inspirent du modèle de changement de comportement de *Prochaska* et *DiClemente*[51]. Ce modèle, grandement utilisé par les intervenants en abandon du tabac, représente l'une des plus importantes théories des dernières années dans le domaine du changement de comportement[50]. Il suggère que plusieurs stades sont nécessaires à la transformation des comportements soit : la préréflexion, la réflexion, la préparation, l'action, le maintien, la rechute[53]. Ainsi, pour devenir un ex-fumeur, le fumeur passera par ces différents stades (figure 1). En fonction de chacun de ces stades, l'intervention et le type de communication varieront.

[iii] Traduction libre de l'acronyme anglais FRAMES.

Figure 1 : Modèle transthéorique de *DiClemente* et *Prochaska*[54]


Stades de changement du comportement
Fumeur ne pense pas cesser de fumer au cours des 6 prochains mois
Fumeur songe à cesser de fumer au cours des 6 prochains mois
Fumeur se prépare à cesser de fumer au cours du mois
Réflexion
Préréflexion
Préparation
Maintien
Action
Ne fume plus depuis plus de 6 mois
Il a cessé de fumer (période allant de 1 jour à 6 mois)

Le fumeur passe successivement d'une étape à l'autre. Plus le fumeur chemine facilement d'un stade à l'autre, plus il pourra passer rapidement au stade de l'action et ainsi augmenter ses chances de réussite.

De façon générale, 50 à 60 % des fumeurs se trouvent à l'étape de la préréflexion. 30 à 40 % d'entre eux se situent à l'étape de réflexion et seulement 10 à 15 % des patients se préparent à cesser de fumer[54].

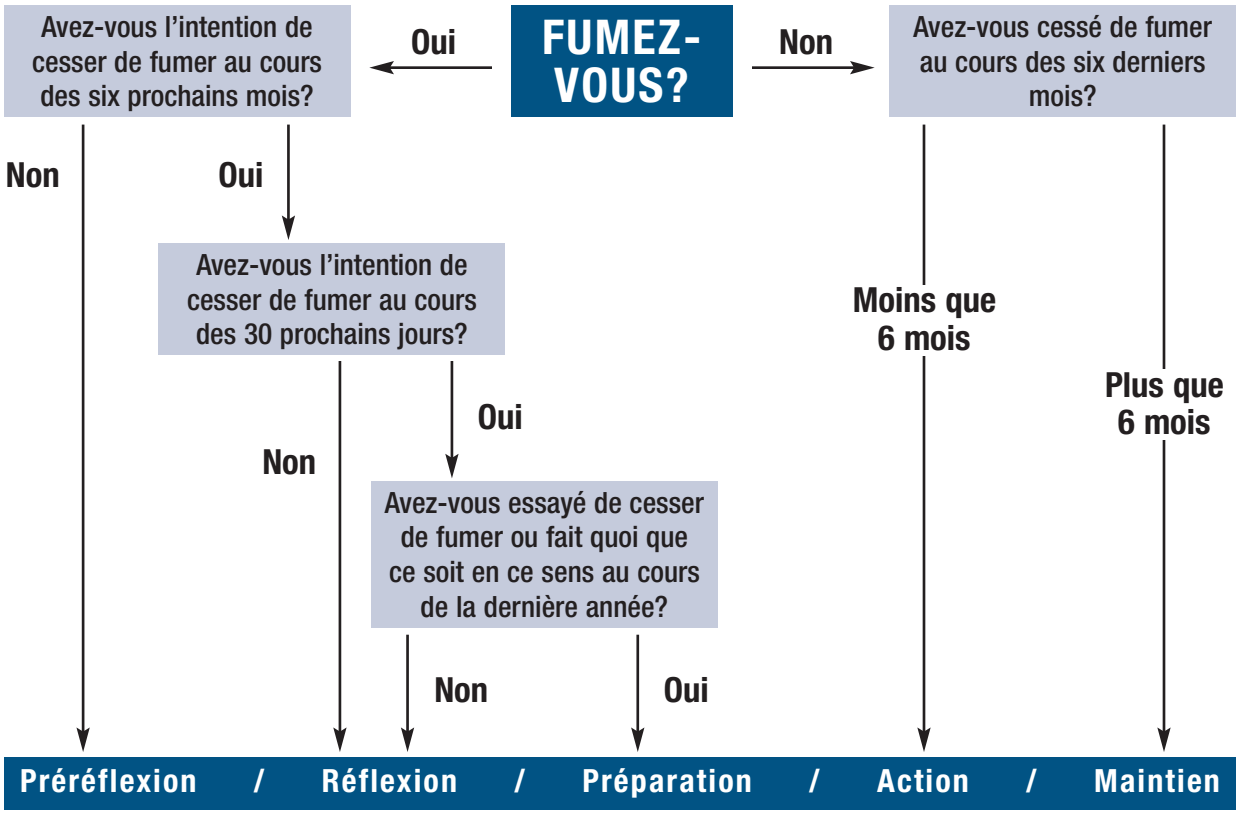
L'algorithme présenté à la figure 2 est un outil qui permet d'identifier facilement le stade de changement du fumeur. Selon l'étape où se trouve son patient, le pharmacien pourra cibler et personnaliser ses interventions.

Figure 2 : Degré de motivation du fumeur pour cesser de fumer

Stades de changement du fumeur

Connaissez-vous votre degré actuel de motivation pour cesser de fumer?
Est-ce le bon temps pour vous de débuter le programme d'arrêt du tabagisme?

En répondant à ce petit test, vous vous sensibiliserez sur vos chances de réussir à arrêter de fumer, et ce, en établissant à quel « stade de changement » (motivation) vous vous situez!


FUMEZ-VOUS?
Oui
Non
Avez-vous l'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois?
Avez-vous cessé de fumer au cours des six derniers mois?
Non
Oui
Avez-vous l'intention de cesser de fumer au cours des 30 prochains jours?
Moins que 6 mois
Plus que 6 mois
Oui
Non
Avez-vous essayé de cesser de fumer ou fait quoi que ce soit en ce sens au cours de la dernière année?
Non
Oui
Préréflexion / Réflexion / Préparation / Action / Maintien

ÉTAPE 5 : Intervenir selon le stade de changement

L'approche proposée dans le cadre de ce document s'appuie sur la notion de counselling bref. Ainsi, en fonction des différents stades de changement, la durée de l'intervention du pharmacien auprès de son patient fumeur devrait se situer entre trois et dix minutes.

5.1) Fumeur en préréflexion

À ce stade-ci, le fumeur ne manifeste pas l'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois. Sa réceptivité face à l'abandon du tabac n'est pas très grande. Il est dans un état qui se traduit par l'expression « laisse-moi tranquille ». Sans intervention ciblée, ce fumeur peut demeurer longtemps en préréflexion.

Une approche négative, punitive ou axée sur le jugement renforce la position du fumeur. Cependant, une approche soutenue et bien ciblée selon les recommandations qui suivent peut inciter le fumeur à amorcer une réflexion sur son tabagisme et envisager une cessation.

Conduite clinique du pharmacien

But : aider le patient à amorcer une réflexion sur l'abandon du tabac.

Intervention :

- Demander au patient les bienfaits et les inconvénients associés à son tabagisme.
- Exprimer votre inquiétude face au tabagisme du patient en lien avec son état de santé et ses facteurs de risque.
- Aviser le patient de votre souhait de l'aider à cesser de fumer, tout en tenant compte qu'il revient au patient de déterminer quand et comment il procédera à l'abandon du tabac.
- Identifier la stratégie de motivation à utiliser. Par exemple, qu'est-ce qui vous motive à arrêter de fumer?
- Aviser le patient de votre disponibilité pour poursuivre la discussion sur son tabagisme.
- Faire preuve d'empathie.
- Livrer un message clair et non équivoque.
- Remettre une brochure conseil.

À éviter :

- Tenter de persuader le patient d'arrêter de fumer – il y a possibilité d'augmenter la résistance du patient.
- Argumenter et confronter le patient risquent de provoquer chez lui une résistance et de nuire à la démarche de cessation.
- Provoquer l'argumentation en utilisant l'expression « oui, mais… ».
- Trop encourager à cesser de fumer – à cette étape, le patient n'est pas ouvert à cette possibilité.

Durée : maximum 3 minutes

La durée maximale de chacune des interventions ne devrait pas dépasser trois minutes puisque ce type de fumeur est le plus résistant au changement.

Dans son intervention, le pharmacien cherchera à faire prendre conscience à son patient fumeur de son ambivalence entre les bienfaits et les inconvénients associés à son tabagisme. Selon les principes de l'entrevue motivationnelle, l'ambivalence est un état normal : elle permet au fumeur de faire un choix difficile de façon réfléchie et non impulsive. Ainsi, par l'entremise de l'écoute active, des réponses reflets et d'une approche empathique, le pharmacien lui permettra d'explorer ses ambivalences et aussi de les exprimer librement – et souvent pour la première fois[55].

5.2) Fumeur en réflexion

À ce stade, le fumeur réfléchit face à son tabagisme et le pharmacien a un rôle prépondérant à jouer. La première intervention du pharmacien devrait être la suivante : demander au patient les bienfaits et les inconvénients associés à la cessation du tabagisme. Il est important de noter que l'ambivalence du fumeur discutée précédemment sera maintenant dirigée vers la cessation, et non plus vers le tabagisme.

Conduite clinique du pharmacien

But : aider le patient à prendre la décision de cesser de fumer dans un avenir rapproché.

Intervention :

- Demander au patient quels sont les bienfaits et les inconvénients associés à l'arrêt du tabagisme.
- Discuter des avantages reliés à l'état de santé du patient.

- Discuter des inconvénients soulevés par le patient (par exemple : dépendance à la nicotine, absence de soutien, manque de confiance en soi, gain de poids, période émotive intense, etc.) et aborder avec lui les stratégies pour faire face à ses difficultés.
- Encourager le patient à se concentrer sur les raisons l'incitant à cesser de fumer.
- Conseiller de réfléchir au fait que le patient devrait cesser de fumer dans un avenir rapproché. Le sensibiliser à fixer une période d'arrêt.
- Informer le patient concernant les ressources disponibles pour l'aider – pour plus de détails, se référer au cinquième volet.
- Remettre une brochure conseil.

Durée : 3 à 10 minutes

Au stade de réflexion, le fumeur devrait pouvoir discuter facilement de ses réflexions avec le pharmacien. Il faut éviter les interventions prématurées telles que suggérer un plan de soins. Le fumeur pourrait avoir l'impression que le pharmacien ne respecte pas sa démarche. L'essentiel de l'intervention devrait porter sur la discussion des avantages et des inconvénients associés à l'abandon du tabac.

5.3) Fumeur en préparation

Le fumeur en préparation envisage de cesser de fumer très prochainement, soit au cours du prochain mois. Il éprouvera sûrement plusieurs inquiétudes dont les suivantes :

Suis-je réellement prêt à cesser?

Vais-je prendre du poids?

Que vais-je faire sans allumer une cigarette?

Que vais-je faire quand j'aurai de fortes envies de fumer?

Est-ce que je vais souffrir?

Y a-t-il beaucoup de symptômes les premiers jours?

Vais-je échouer à nouveau?

Y a-t-il un traitement sûr à 100 %?

Cette étape permet au pharmacien de discuter des préparatifs nécessaires à l'abandon du tabac. Plusieurs discussions seront nécessaires.

Conduite clinique du pharmacien

But : aider le patient à se préparer à cesser de fumer et à trouver des stratégies pour devenir non fumeur.

Intervention :

- Demander au patient s'il a des inquiétudes liées à la cessation du tabac et comment il s'y prépare.
- Discuter des préparatifs liés à la cessation :
  - identifier les déclencheurs du goût de fumer et les stratégies pour y résister;
  - diminuer graduellement le nombre de cigarettes par jour;
  - identifier les personnes pouvant offrir un soutien;
  - partager sa démarche avec l'entourage;
  - fixer une date d'arrêt (choisir une période relativement calme).
- Évaluer la dépendance physique à la nicotine (ex. test de Fagerström).
- Discuter et choisir une thérapie adaptée à la dépendance du patient.
- Procéder à certaines interventions prévues pendant la période Action, selon le jugement du pharmacien.
- Exprimer sa confiance en la capacité du patient à cesser de fumer.
- Informer le patient sur les ressources disponibles pour l'aider – pour plus de détails, se référer au cinquième volet.
- Remettre une brochure conseil.

Durée : 3 à 10 minutes

Voici quelques conseils à donner au patient selon plusieurs circonstances. Le tableau 6 à la page suivante propose des stratégies pouvant être discutées en fonction des raisons invoquées pour fumer.

Un élément important pour le pharmacien est de suggérer au fumeur de tenir un journal du fumeur pendant quelques jours. Cet outil permettra au patient de mieux se connaître comme fumeur. Par la suite, il pourra identifier des solutions qui pourront l'aider (figure 3).

Tableau 6 – Raisons de fumer et stratégies possibles

Raisons de fumer	Stratégies
Ça me relaxe, me détend.	• Identifier une technique de relaxation plus saine : respiration profonde, yoga, massage, activité physique, etc.
Ça me fait plaisir.	• Planifier une récompense matérielle à intervalles réguliers (une sortie, une rencontre, des fleurs, un cadeau, etc.).
Pour étouffer ma colère.	• Choisir une technique de relaxation. • Respirer profondément. • Se changer les idées.
Lorsque je suis stressé, mal à l'aise ou perturbé par quelque chose.	• Respirer profondément 5 à 10 fois. • Prendre une marche. • Prendre conscience de la situation stressante et trouver une solution pour y remédier.
Lorsque j'ai peur, que je vis des craintes.	• Discuter des peurs et des craintes avec son entourage. • Prendre conscience que pour chaque chose qui tourne mal, il y en a 10, 50 ou 100 qui vont bien.
J'allume inconsciemment.	• Prendre conscience de cette mauvaise habitude à l'aide d'un indice (élastique autour d'un paquet de cigarettes, etc.) et trouver une distraction intéressante. • S'auto-questionner : « Est-ce que je veux vraiment fumer? ». • Attendre 5 à 10 minutes.

Figure 3 : Journal du fumeur

Nombre de cigarettes	Heure	Besoin (1 à 5)	Ce que je fais	Raison pour fumer	Mon humeur		
					☺	😐	☹
1	7 h 45	++++	Après mon café	Pour me réveiller		✓	
2	8 h 15	+++	En conduisant	Pour endurer le trafic			✓
3	10 h	++	Pause café	Plaisant	✓		
4	midi						
5							
… 25							

Le tableau 7 présente des stratégies de remplacement selon les principales habitudes – routines associées à l'action de fumer.

Tableau 7 – Stratégies de remplacement des habitudes et des moments de fumer

Habitudes et moments de fumer	Stratégies de remplacement
Au lever	• Changer sa routine pour mettre du nouveau dans la journée : se laver dès le réveil, aller marcher, déjeuner ailleurs.
Au déjeuner avec un café	• Déjeuner accompagné de lait. • Changer son menu.
Après les repas	• Se brosser les dents. • Ne pas flâner après le repas, se lever immédiatement, faire la vaisselle. • Boire un thé ou du jus de fruits (si le café et le tabac sont fortement associés).
Après les corvées de maison (vaisselle, ménage)	• Se distraire avec nos loisirs préférés. • Se dire que fumer est un cadeau empoisonné.
En auto	• Mâcher de la gomme régulière. • Enlever le cendrier. • Écouter de la musique.
En prenant une marche	• Augmenter la cadence de la marche (aérobie).
Au téléphone	• S'occuper les mains : écrire, griffonner ou dessiner, manipuler un élastique, des clés, boire de l'eau.
À l'ordinateur	• Faire des recherches sur le tabagisme.
Après l'entraînement	• Boire un jus de tomates ou de légumes, de l'eau, manger des fruits.
Pendant les pauses au travail	• Lire. • Prendre une marche.
À la fin de ma journée de travail	• Ne pas s'attarder au lieu du travail, retour à la maison plus rapidement. • Faire quelque chose qu'on aime vraiment, même brièvement.
En regardant la télévision	• Changer de fauteuil, grignoter des légumes, changer d'activité.
Après le cinéma ou un spectacle	• Discuter sur le film ou la performance du spectacle.
En prenant un verre avec des amis	• Éviter l'alcool et les fumeurs pendant un certain temps.
Avant de me coucher	• Se brosser les dents.
Si insomnie pendant la nuit	• Boire une tisane relaxante.

Dépendance à la nicotine

Test de Fagerström

Il est important d'évaluer la dépendance à la nicotine car un fumeur qui possède une forte dépendance à la nicotine possède un risque plus élevé d'éprouver des symptômes de sevrage et bénéficiera davantage des aides pharmacologiques[56]. Le test de dépendance à la nicotine ou test de Fagerström est un outil qui permet cette mesure[57]. Un score élevé à ce test, soit 7 et plus, indique une forte dépendance à la nicotine alors qu'un score inférieur à 6 suggère une dépendance légère. Le test de Fagerström est présenté à l'annexe 2 (page 51).

À ce stade, il est aussi approprié de remettre le feuillet intitulé *Pharmacien et Fumeur : Tout un tabac!* disponible sur le site Internet de l'Ordre (www.opq.org). Cette brochure inclut des conseils s'adressant au patient désirant abandonner le tabac.

ÉTAPE 6 : Assurer le suivi approprié

6.1) Fumeur en action

À cette étape-ci, le fumeur a cessé de fumer pour une période allant d'un jour à six mois. Pour un ex-fumeur récent, le premier mois est une période critique. C'est au cours de cette période que se produit la majorité des rechutes[25]. En effet, parmi les fumeurs qui cessent de fumer par eux-mêmes, 25 % rechuteront à l'intérieur d'une période de 24 heures et 60 % au cours des deux semaines qui suivent[25]. Il est donc important de soutenir et de reconnaître les efforts du patient.

Conduite clinique du pharmacien

But : aider le patient à vaincre le tabagisme.

Intervention :

- Féliciter le patient de ses efforts.
- Témoigner de votre confiance en ses capacités à persister comme non fumeur.
- Assurer un soutien professionnel adéquat et adapté.
- Discuter des stratégies utilisées par le patient.
- Inciter le fumeur à se remémorer les avantages d'une vie sans fumée.
- Conseiller le patient concernant la pharmacothérapie : superviser les étapes de titration de la dose des timbres, expliquer la technique de mastication de la gomme ou la technique d'inhalation, fournir les conseils pharmacothérapeutiques appropriés.
- Ajuster la pharmacothérapie au besoin.
- Préciser la durée totale de la thérapie.
- Discuter des symptômes de sevrage et des envies impérieuses de fumer en rappelant les stratégies possibles pour résister au goût de fumer.
- Discuter des facteurs associés à la rechute et donner les conseils appropriés.
- Suggérer au patient de s'offrir des récompenses régulières pour les efforts consentis.
- Informer le patient sur les ressources disponibles pour l'aider – pour plus de détails, se référer au cinquième volet.

Durée : 3 à 10 minutes

Afin d'aider le patient à mieux gérer les symptômes associés au renoncement au tabac, le tableau 8 présente plusieurs stratégies d'adaptation qui pourraient être discutées à cette étape-ci.

Tableau 8 – Gestion des symptômes associés au renoncement au tabac

Symptômes	Stratégies d'adaptation
Envie impérieuse de fumer	• Faire de l'exercice • Marcher • Se distraire • Inspirer profondément • Boire de l'eau • Faire autre chose • Se rappeler que ces envies durent en général de 2 à 3 minutes
Irritabilité	• Marcher • Prendre un bain ou une douche chaude • Choisir une technique de relaxation
Fatigue	• Faire une sieste • Éviter le surmenage • Pour quelques temps, refuser des projets ou des activités en « extra »
Insomnie	• Réduire le café
Toux, gorge sèche, écoulement nasal	• Boire beaucoup • Sucer un bonbon doux ou une pastille • Mâcher de la gomme
Étourdissements	• Éviter les mouvements de tête et les déplacements rapides
Manque de concentration	• Planifier son travail en conséquence • Éviter un surplus de stress durant les premières semaines
Serrement à la poitrine	• Rassurer le patient : cela disparaîtra en quelques jours • Choisir une technique de relaxation • Inspirer profondément
Augmentation de l'appétit	• Boire de l'eau ou des jus hypocaloriques • Ajouter des collations hypocaloriques, des fruits et légumes

Le tableau 9 à la page suivante suggère des stratégies pour résister aux moments dangereux pour le fumeur, c'est-à-dire les moments où celui-ci serait tenté de recommencer à fumer.

6.2) Ex-fumeur en maintien

Par définition, un ex-fumeur est en période de maintien lorsqu'il n'a pas fumé depuis 6 mois.

Conduite clinique du pharmacien

But : aider le patient à demeurer non fumeur.

Intervention :

- Féliciter le patient de sa persévérance.
- Demander au patient s'il a des questions ou des problèmes particuliers, s'il lui arrive de fumer à l'occasion.

Tableau 9 – Moments dangereux pour le fumeur et stratégies pour y résister

Moments « dangereux »	Stratégies pour y résister
Lors de célébrations, de moments heureux (naissance, mariage, achat d'une maison, etc.)	• Gérer les émotions. • Partager sa crainte de recommencer à fumer avec son entourage.
Temps des Fêtes (Noël, jour de l'An)	• Éviter l'alcool, le café et les autres boissons qui encouragent la consommation de cigarette et les environnements enfumés.
Être en compagnie d'un fumeur	• Demander poliment au fumeur de ne pas fumer en notre présence ou se retirer temporairement lorsque celui-ci fume.
Avant et pendant une lourde épreuve au travail	• Prendre du recul face à cette situation : contrôler ce qui est « contrôlable ».
Période d'émotions intenses : perte d'emploi, deuil, divorce	• Gérer son stress. • Rechercher des solutions autres que la cigarette. • Atteindre l'équilibre dans sa vie. • Éviter les excès de colère.

- Faire valoir les avantages d'une vie d'ex-fumeur.
- Souligner l'importance de trouver de nouvelles stratégies afin d'éviter le tabagisme occasionnel, le cas échéant.
- Recommander la vigilance car le goût de fumer peut être présent longtemps.
- Recommander de ne pas consommer de nouveau une seule cigarette.

Il importe d'adopter une attitude positive et encourageante face à ce nouveau statut d'ex-fumeur. Vaincre le tabagisme représente un des défis les plus difficiles pour un individu et il doit être valorisé par le pharmacien. De plus, la responsabilité de suivi du pharmacien inclut aussi la sensibilisation au danger de rechuter.

6.3) Fumeur qui rechute

Les rechutes sont très souvent liées à des situations provoquant l'angoisse, le désarroi, une perte de contrôle sur soi accompagnée d'un urgent besoin de se refermer et de relaxer immédiatement. Très souvent, elles se produisent au cours d'une période rapprochée suite à l'abandon[25]. Les rechutes doivent être considérées comme des étapes normales d'un processus d'apprentissage, et non pas comme des échecs irrémédiables[56]. Abordée sous l'angle de victoires successives, l'intervention positive du pharmacien, non culpabilisante, sera déterminante sur le positionnement du fumeur face à sa rechute.

Conduite clinique du pharmacien

But : enrayer la culpabilité du patient et le motiver à cesser de fumer à nouveau.

Intervention :

- Diminuer la culpabilité en soulignant les efforts fournis tout en précisant que plusieurs tentatives sont souvent requises pour obtenir le succès escompté.
- Motiver le patient à cesser à nouveau.
- Examiner les circonstances ayant causé la rechute.
- Discuter des stratégies à adopter lors de la prochaine tentative de cessation.
- Discuter des raisons qui avaient motivé l'arrêt.
- Identifier, à nouveau, le stade de changement du patient.
- Discuter du choix d'une pharmacothérapie, si nécessaire.
- Remettre du matériel éducatif.
- Référer le patient aux ressources d'aide disponibles – pour plus de détails, se référer au cinquième volet.

Exercice d'intégration des apprentissages

Question 1

Un seul des énoncés suivants indique les pourcentages de fumeurs en préréflexion, en réflexion et en préparation. Lequel?

a) Ils sont respectivement de 30-40 %, de 50-60 % et de 10-15 %.

b) Ils sont respectivement de 50-60 %, 30-40 % et de 10-15 %.

c) Ils sont respectivement de 10-15 %, de 50-60 % et de 30-40 %.

d) Aucune de ces réponses.

Question 2

Le fumeur en réflexion songe à cesser de fumer au cours des 12 prochains mois.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 3

À l'étape de préréflexion, le pharmacien doit persuader le patient d'abandonner le tabac.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 4

Nommer deux moyens dont dispose le pharmacien pour documenter le statut tabagique.

_____

_____

_____

Question 5

Identifier deux stratégies pour contrer les envies impérieuses de fumer.

_____

_____

Question 6

Un ex-fumeur en période de maintien n'a pas fumé depuis _____ mois.

L'initiation, l'ajustement et le suivi de la thérapie médicamenteuse

Sanctionné par l'Assemblée nationale du Québec le 14 juin 2002, le projet de loi 90, *Loi modifiant de Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, ci-après nommée « Loi 90 » pour abréger, résulte des recommandations du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines. Les dispositions générales de cette loi, notamment celles concernant le pharmacien, sont entrées en vigueur le 30 janvier 2003.

Ayant pour objectif de mieux répondre aux besoins actuels de la population en matière de soins de santé, cette loi apporte des changements majeurs à l'exercice de onze professions, et notamment à l'exercice de la pharmacie. Elle modifie considérablement le partage des champs d'exercice entre ces professions et permet l'établissement de nouveaux rapports interprofessionnels basés sur l'interdisciplinarité et la complémentarité.

L'exercice de la pharmacie

La Loi 90 a modifié profondément l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie* qui constitue le fondement de l'exercice professionnel du pharmacien[58].

> « L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments, afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé. »

Selon l'interprétation de l'Office des professions, le terme évaluer implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne, à partir des informations dont le professionnel dispose, et de communiquer les conclusions de ce jugement[59]. Les professionnels, dont le pharmacien, procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. L'évaluation n'est pas un diagnostic.

Par ailleurs, le champ d'exercice du pharmacien se complète d'une disposition commune à toutes les professions visées par la Loi 90, à savoir[60] :

> « L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »

En résumé, le champ d'exercice du pharmacien comporte deux axes d'intervention et deux objectifs. Les axes d'intervention sont la surveillance de la pharmacothérapie et la gestion de la médication. Les objectifs sont :

- détecter et prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques;
- maintenir ou rétablir la santé.

Les activités réservées au pharmacien

Les axes d'intervention et les objectifs du champ d'exercice du pharmacien trouvent leur application concrète dans les activités qui lui sont réservées :

- émettre une opinion pharmaceutique;
- préparer des médicaments;
- vendre des médicaments, conformément au règlement pris en application de l'article 37.1 de la *Loi sur la pharmacie*;
- surveiller la thérapie médicamenteuse;
- initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant aux analyses de laboratoire appropriées;
- prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence et exécuter lui-même l'ordonnance.

L'ordonnance

Selon la Loi 90, le terme ordonnance se définit ainsi :

> « … une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective. »

L'ordonnance demeure pour le pharmacien une autorisation à fournir un médicament, et non un ordre. De plus, lorsque le prescripteur le précise, elle permet au pharmacien d'initier ou d'ajuster la thérapie médicamenteuse. Cette précision permet au pharmacien d'exercer son jugement professionnel et de débuter le traitement pharmacologique en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire requises. Elle permet aussi au pharmacien d'ajuster la posologie, à l'intérieur de paramètres délimités lorsqu'il constate que la thérapie médicamenteuse ne répond pas aux objectifs thérapeutiques visés.

Lors de l'initiation ou de l'ajustement de la thérapie médicamenteuse, visant l'arrêt tabagique ou dans une autre situation, le pharmacien doit respecter les principes généraux suivants :

1) Conformément au Code de déontologie, le pharmacien doit, avant d'accepter ce type d'ordonnance, tenir compte des limites de ses aptitudes, de ses connaissances et des moyens dont il dispose.

2) Lorsqu'il accepte l'ordonnance, le pharmacien accepte aussi d'assurer le suivi de la thérapie. Il peut partager cette tâche avec un ou plusieurs autres pharmaciens selon les modalités dont ils conviendront.

3) Le droit du patient de consulter le pharmacien de son choix doit être respecté en tout temps.

4) À défaut d'accepter l'ordonnance d'initiation ou d'ajustement, le pharmacien doit en aviser le prescripteur ou référer le patient à un autre pharmacien.

5) L'initiation ou l'ajustement de la thérapie médicamenteuse doit s'effectuer en conformité avec les normes professionnelles et les données actuelles de la science.

6) L'exercice de cette activité doit s'accompagner d'un partage de l'information entre les professionnels concernés par l'ordonnance, entre pharmaciens de différents milieux de pratique, et surtout entre prescripteur et pharmacien.

Dans le cas de l'arrêt tabagique, le patient peut se présenter à la pharmacie sans ordonnance, avec une ordonnance individuelle ou collective.

Les médicaments de vente libre

Les produits à base de nicotine ou de ses sels sont inscrits à l'annexe 3 du *Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments*. Les médicaments inscrits à cette annexe sont destinés aux humains et doivent être vendus sous la surveillance du pharmacien. Une ordonnance médicale est toutefois nécessaire pour que le patient puisse obtenir un remboursement par son assureur, le cas échéant.

L'ordonnance individuelle

L'ordonnance individuelle est nominative, c'est-à-dire qu'elle identifie le patient à qui elle est destinée, et ne s'applique qu'à lui. Elle peut référer à un protocole, dans certaines circonstances. Elle doit contenir les informations suivantes :

1) la date de rédaction;
2) le nom et la date de naissance du patient;
3) le nom du médicament, la posologie initiale, la voie d'administration, la durée du traitement ou la quantité prescrite;
4) le nombre de renouvellements autorisés;
5) l'initiation ou l'ajustement à faire par le pharmacien, le cas échéant :
   a. l'intention thérapeutique et/ou l'objectif thérapeutique;
   b. la rétroaction désirée;
   c. toute autre information pertinente à la situation;
6) la référence à un protocole, le cas échéant;
7) la signature du prescripteur et son numéro de permis.

L'ordonnance collective

L'ordonnance peut être collective de trois manières :

- quant aux professionnels visés (ex. pharmacien et infirmier);
- quant aux prescripteurs (ex. tous les médecins de la clinique XYZ);
- quant aux patients.

Dans ce dernier cas, l'ordonnance peut s'appliquer à plusieurs patients qui, simultanément ou de façon successive dans le temps, ont ou auront un problème de santé. Le nom du patient n'est connu qu'au moment où la situation visée par cette ordonnance se présente. Une fois le ou les patients dûment identifiés, l'ordonnance collective devient une ordonnance individuelle pour chaque personne visée.

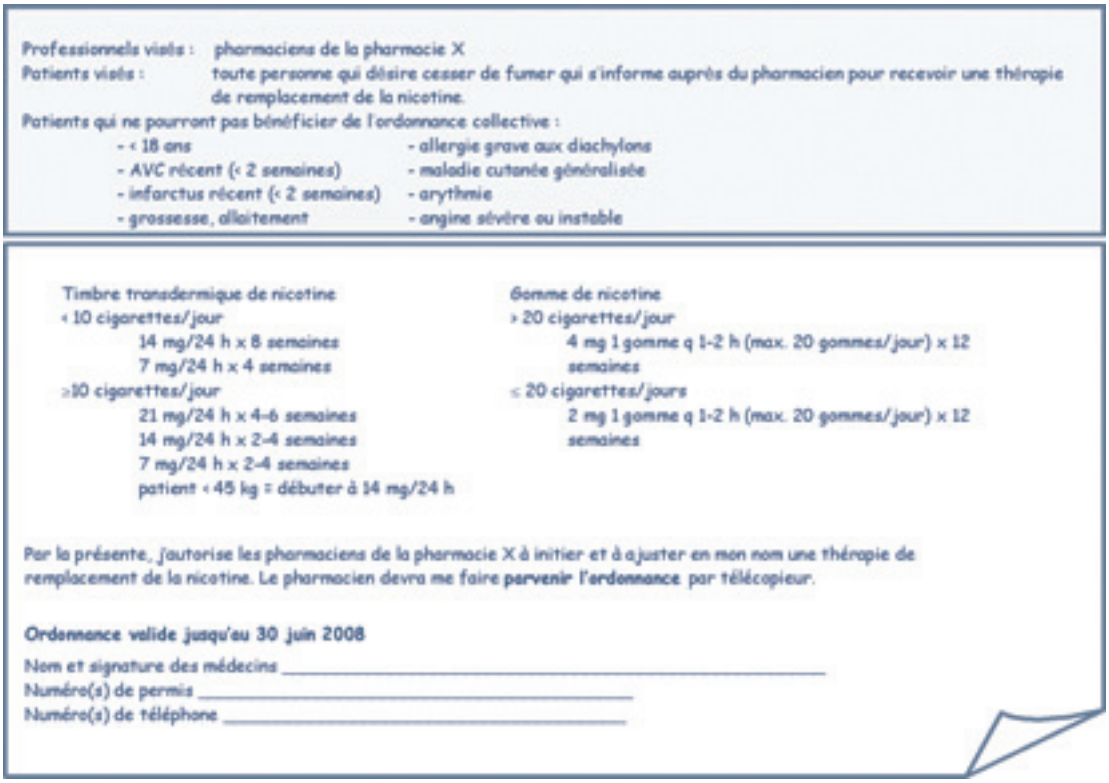
Selon le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, l'ordonnance collective doit contenir les renseignements suivants, en plus des éléments 3 à 6 relatifs à l'ordonnance individuelle :

- les personnes habilitées à exécuter l'ordonnance;
- les circonstances telles que : le groupe de personnes visé ou la situation clinique visée.

La figure 4 illustre un exemple d'ordonnance collective sans utilisation d'un protocole.

La figure 5 montre un exemple où l'ordonnance collective fait référence à un protocole applicable dans un établissement de santé.

Figure 4 : Exemple d'ordonnance collective sans protocole



Professionnels visés : pharmaciens de la pharmacie X
Patients visés : toute personne qui désire cesser de fumer qui s'informe auprès du pharmacien pour recevoir une thérapie de remplacement de la nicotine.
Patients qui ne pourront pas bénéficier de l'ordonnance collective :

- < 18 ans
- AVC récent (< 2 semaines)
- infarctus récent (< 2 semaines)
- grossesse, allaitement
- allergie grave aux diachylons
- maladie cutanée généralisée
- arythmie
- angine sévère ou instable

Timbre transdermique de nicotine
< 10 cigarettes/jour
14 mg/24 h x 8 semaines
7 mg/24 h x 4 semaines
≥10 cigarettes/jour
21 mg/24 h x 4-6 semaines
14 mg/24 h x 2-4 semaines
7 mg/24 h x 2-4 semaines
patient < 45 kg = débuter à 14 mg/24 h

Gomme de nicotine
> 20 cigarettes/jour
4 mg 1 gomme q 1-2 h (max. 20 gommes/jour) x 12 semaines
≤ 20 cigarettes/jours
2 mg 1 gomme q 1-2 h (max. 20 gommes/jour) x 12 semaines

Par la présente, j'autorise les pharmaciens de la pharmacie X à initier et à ajuster en mon nom une thérapie de remplacement de la nicotine. Le pharmacien devra me faire **parvenir l'ordonnance** par télécopieur.

Ordonnance valide jusqu'au 30 juin 2008

Nom et signature des médecins _____
Numéro(s) de permis _____
Numéro(s) de téléphone _____

Figure 5 : Exemple d'ordonnance collective avec protocole

Professionnels visés : pharmaciens de la pharmacie X
Patients visés : toute personne qui désire cesser de fumer qui s'informe auprès du pharmacien pour recevoir une thérapie de remplacement de la nicotine.
Patients qui ne pourront pas bénéficier de l'ordonnance collective :

- < 18 ans
- AVC récent (< 2 semaines)
- infarctus récent (< 2 semaines)
- grossesse, allaitement
- allergie grave aux diachylons
- maladie cutanée généralisée
- arythmie
- angine sévère ou instable

Initiation et ajustement de TRN par le pharmacien selon le protocole XYZ applicable au _____ et approuvé par le CMDP de cet établissement.

Je désire être informé des interventions du pharmacien

☐ une fois par mois

☐ autre : _____

Signature du médecin _____

Numéro(s) de permis _____ Téléphone _____

Date _____

De plus, lorsqu'une ordonnance, individuelle ou collective, fait référence à un protocole, l'ordonnance rédigée hors d'un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ne peut référer qu'à un protocole applicable dans un établissement du territoire où le médecin exerce ses activités professionnelles. Il faut comprendre du terme « applicable » que le protocole n'a pas besoin d'être appliqué dans cet établissement; il suffit qu'il y soit applicable.

À titre d'exemple, la Direction de la santé publique (DSP) de la région socio-sanitaire de Montréal a développé une ordonnance collective habilitant le pharmacien à initier une thérapie de remplacement de la nicotine, sur réception du rapport d'un intervenant d'un des centres d'abandon du tabagisme (CAT) de Montréal. L'objectif visé est d'associer au support fourni par un intervenant une thérapie médicamenteuse initiée par un pharmacien. Cette ordonnance et le protocole utilisé sont disponibles sur le site Internet de la DSP de Montréal à l'adresse www.santepub-mtl.qc.ca.

Toutes ces façons de procéder représentent autant d'outils intéressants pour permettre au pharmacien d'aider et de soutenir adéquatement son patient dans sa démarche de cessation tabagique.

Exercice d'intégration des apprentissages

Question 1

Le pharmacien peut ajuster la thérapie médicamenteuse de tous les patients, en toutes circonstances.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 2

Lorsque le pharmacien accepte une ordonnance d'initiation d'une thérapie de remplacement de la nicotine, il doit assurer le suivi de la pharmacothérapie du patient.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 3

L'ordonnance collective en abandon du tabac doit faire référence à un protocole applicable dans un établissement de santé.

☐ Vrai ☐ Faux

Question 4

Que doit faire le pharmacien lorsqu'il refuse une ordonnance visant l'ajustement de la thérapie anti-tabagique?

_____

_____

_____

Question 5

Une ordonnance collective doit préciser les personnes habilitées à exécuter l'ordonnance.

☐ Vrai ☐ Faux

Les ressources disponibles

Le cinquième volet présente un bref résumé des ressources disponibles pour aider le fumeur à abandonner le tabagisme. En effet, le pharmacien dispose ainsi d'une panoplie de ressources complémentaires pour conseiller judicieusement son patient.

Les services j'Arrête font partie du Plan québécois de lutte contre le tabagisme[61] et visent à offrir gratuitement aux fumeurs des services d'aide à l'arrêt tabagique, dans toutes les régions du Québec. Ils offrent une aide adaptée à la réalité de chaque fumeur.

Trois types de services sont disponibles :

1) Ligne téléphonique : 1 866 jarrête (527-7383)

- Des spécialistes en arrêt tabagique utilisent des méthodes d'intervention éprouvées et répondent aux appels. Le spécialiste :
  - identifie le profil du fumeur;
  - conseille le fumeur sur l'approche la mieux adaptée à sa réalité;
  - renseigne sur les ressources pour cesser de fumer, qui sont disponibles dans sa région ou sur le site Internet www.jarrete.qc.ca;
  - propose au fumeur un accompagnement, dans les semaines ou mois suivants, pour le soutenir dans sa démarche.
- Aide sur mesure
- Confidentialité
- Service bilingue (français, anglais)
- Disponible du lundi au jeudi de 8 h à 21 h; le vendredi, de 8 h à 20 h

2) Site Internet : www.jarrete.qc.ca

- Une approche personnalisée à chaque internaute
- La personne qui cesse de fumer poursuit sa démarche à son rythme. Une base de données sophistiquée conserve en mémoire les particularités et les étapes franchies par chaque utilisateur.
- Une section est réservée aux adolescents, une autre aux adultes
- Convivialité : Forum et « clavardage »
- Support : courriels et « clavardage » avec les spécialistes de la ligne téléphonique ou du site web

3) Centre d'abandon du tabagisme (1 866 jarrête ou 527-7383)

- Un réseau de près de 150 centres d'abandon du tabagisme, partout au Québec
- Rencontre avec des professionnels de la santé en CLSC, dans 17 régions du Québec
- Programmes d'aide individuelle et programmes de groupe
- Confidentialité
- Service bilingue (français, anglais)
- Pour connaître les coordonnées des centres d'abandon du tabagisme, on peut composer le 1 866 jarrête (527-7383) ou cliquer sur l'icône Centres d'abandon du tabagisme sur la page d'accueil du site www.jarrete.qc.ca.

DÉFI J'ARRÊTE, J'Y GAGNE! (du 1er mars au 15 avril de chaque année)

Proposez à vos patients de relever le défi de ne pas fumer pendant six semaines. L'inscription est gratuite et permet de gagner de nombreux prix.

Le matériel éducatif remis par le pharmacien apporte au patient une aide complémentaire au counselling. Plusieurs organismes disposent d'outils tels que dépliants, brochures, livres, etc. Une liste des principaux organismes est indiquée au tableau 10.

Tableau 10 – Principaux organismes ayant des ressources visant la réduction du tabagisme

Nom	Adresse	Coordonnées
ACTI-MENU	2064, rue Saint-Hubert Montréal (Québec) H2L 3Z5	Téléphone : (514) 985-2466 Télécopieur : (514) 844-0786 Courriel : information@actimenu.ca Site web : http://www.actimenu.ca
Association pulmonaire du Québec	855, rue Ste-Catherine Est Bureau 222 Montréal (Québec) H2L 4N4	Téléphone : (514) 287-7400 Extérieur : 1 800 295-8111 Télécopieur : (514) 287-1978 Courriel : info@pq.poumon.ca Site web : http://www.pq.poumon.ca/
Conseil québécois sur le tabac et la santé	4126, rue St-Denis Bureau 302 Montréal (Québec) H2W 2M5	Téléphone : (514) 948-5317 Télécopieur : (514) 948-4582 Courriel : info@cqts.qc.ca Site web : www.cqts.qc.ca
Fondation des maladies du cœur du Québec	1434, rue Ste-Catherine Ouest Bureau 500 Montréal (Québec) H3G 1R4	Téléphone : (514) 871-1551 Extérieur : 1-800-567-8563 Télécopieur : (514)871-9385 Site web : http://ww2.fmcoeur.ca
Société canadienne du cancer	5151, boul. de l'Assomption Montréal (Québec) H1T 4A9	Téléphone : (514) 255-5151 Télécopieur : (514) 255-2808 Courriel : webmestre@quebec.cancer.ca Site web : http://www.cancer.ca
Santé Canada	Programme de lutte au tabagisme Indice de l'adresse : 3507A1 Ottawa (Ontario) K1A 0K9	Téléphone : 1-866-318-1116 Télécopieur : (613) 954-2284 Courriel : TCP-PLT-questions@hc-sc.gc.ca Site web : http://www.hc-sc.gc.ca

Conclusion

Un monde sans fumée, ça nous concerne tous. Les avantages de vivre dans un environnement sans fumée sont multiples, comme réduire les risques pour la santé et améliorer directement la qualité de vie de tous. C'est aussi éviter, que chaque année, un nombre important de Québécois meurent d'un cancer du poumon et que d'autres succombent à une maladie cardiaque due à la fumée du tabac.

De par son rôle au sein du réseau de la santé et de son action auprès du public, le pharmacien occupe une place privilégiée pour promouvoir l'arrêt du tabagisme. En plus, il peut assurer à la population une aide personnalisée et de l'information supplémentaire adaptée à ses besoins.

Les taux de l'usage du tabac diminuent constamment depuis quelques années au Québec grâce à une foule d'actions menées sur plusieurs plans. Ceci est très encourageant! Cependant, la bataille n'est pas gagnée. L'intervention du pharmacien comme celle de plusieurs autres professionnels de la santé est précieuse et aura, nous l'espérons, un impact positif sur la vie de milliers de gens qui veulent cesser de fumer.

Documentation consultée

1) MSSS, (2005) Pour notre progrès vers un avenir sans tabac. Document d'information sur la loi sur le tabac telle qu'elle est modifiée depuis le 16 juin 2005. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php

2) MSSS, (2006). Loi modifiant la loi sur le tabac – Faits saillants des principales mesures. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php

3) Mackay J, Reiksen M, Shafey O. L'Atlas du tabac, deuxième édition, Société américaine de lutte contre le cancer. American Cancer Society; 2006.

4) Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to tobacco Use in Canada and its Regions. Revue canadienne de santé publique 1998; 95(1), 38-44.

5) Leaune V, de Grosbois S, Guyon L. Programme québécois de remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique – phase 1 : Recension des écrits scientifiques sur l'efficacité et l'efficience des aides pharmacologiques et survol du fonctionnement du programme depuis sa mise en place. INSPQ février 2006.

6) Santé Canada. Le tabagisme et votre corps. Vie saine, Tabagisme, 2005. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/body-corps/index_f.html

7) Tremblay M, Lacroix C, Gervais A. Des professionnels actifs pour contrer le tabagisme. Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2003.

8) Peto R. Smoking and death: The past 40 years and the next 40. BMJ 1994: 309: 937-9.

9) Doll R, Peto R, Boreham J., Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328:1519 26 June.

10) Statistique Canada (2006). Votre collectivité, votre santé : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Usage du tabac et soins pour le diabète : résultats tirés du cycle 3.1 de l'ESCC, 2005 (82-621-XWF2006002).

11) Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Tableau CANSIM 104-0027.

12) Lalonde M, Heneman B. La prévention du tabagisme chez les jeunes. Institut national de santé publique du Québec, 2004. http://www.inspq.qc.ca

13) Bernier S, Hamel D. Évolution de l'usage de la cigarette chez les Québécois de 15 ans et plus de 1994-1995 à 2003. Institut national de santé publique du Québec, 2006. http://www.inspq.qc.ca.

14) Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fisher B, Gnam W, Patra J, Popova S, Sarnocinska-Hart A, Taylor B. Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006.

15) Santé Canada. La fumée secondaire, Qu'est-ce que la fumée secondaire? Vie saine, Tabagisme, 2005. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/body-corps/index_f.html

16) Guérin D, et al. La fumée de tabac secondaire – Effets sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics. Institut national de santé publique du Québec, 2006. http://www.inspq.qc.ca

17) Santé Canada. La fumée ambiante : impossible de l'éviter, 2005.

18) Tremblay M. Le dentiste et l'abandon du tabac, Formation sur le counselling en abandon du tabac, Institut national de santé publique du Québec, 2005. http://www.inspq.qc.ca

19) Santé Canada. Renoncement au tabac en milieu de travail : Un guide pour aider vos employés à cesser de fumer, 2005. Disponible sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/cessation-renoncement/section-6_f.html#a

20) Roy JP. La neurobiologie de la dépendance à la nicotine. Actualité Médicale 2001; 22(5) : 32-3.

21) Tomkins DM, Sellers EM. Addiction and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence. CMAJ 2001; 164 (6): 817-21.

22) Benowitz NL. Pharmacology of Nicotine: Addiction and Therapeutics. Annu Rev Pharmacol Toxicol 1996; 36:597-613.

23) Statistique Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2003.

24) Silagy C, Lancaster T, Stead L et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2002; (4): CD000146.

25) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services, Public Health Service. AHRQ Publication No 00-0032; 2000.

26) Monographie Nicoderm[MD]. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques – Association des pharmaciens du Canada, 2007.

27) Product monograph Habitrol ®. Transdermal Therapeutic System, Smoking Cessation Aid. Novartis Consumer Health Canada Inc. http://www.habitrol.com

28) U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research. Centers for Disease Control and Prevention - Smoking cessation: clinical practice guideline number 18.- Rockville, MD : AHCPR, April 1996.-125p-AHCPR Pub. No : 96-0692- ISBN 0-016-048610-6.

29) Protocole : Thérapie de remplacement de la nicotine pour tous les patients hospitalisés. Institut de cardiologie de Montréal : accepté par le CMDP le 5 décembre 2005.

30) Monographie Nicorette[MD]. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques – Association des pharmaciens du Canada, 2007.

31) Monographie Nicorette[MD] Inhalateur. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques – Association des pharmaciens du Canada, 2007.

32) Rethinking stop-smoking medications. Myths and facts. Ontario medical Association, Health Policy Department; 1999.

33) Joseph AM, Norman SM, Ferry LH et al. The safety of Transdermal Nicotine as an Aid to Smoking Cessation in Patients with Cardiac Disease. N Engl J Med 1996; 335:1792-8.

34) Beaglehole RH, Watt RG. Helping smokers stop. A guide for the dental team. Health Development Agency; 2004.

35) Santé Canada. Le tabagisme chez les femmes pendant les périodes prénatale et postnatale. Leçons tirées de la Stratégie de réduction de la demande de tabac 2001. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/prenatale/index_f.html

36) National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation, Technology Appraisal Guidance, No: 39, Mars 2002 and update 2005.

37) Monographie Zyban[MD]. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques – Association des pharmaciens du Canada, 2007.

38) Renseignements importants en matière d'innocuité approuvés par Santé Canada concernant Wellbutrin[MD] SR et Zyban[MD]. Disponible sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/2004/wellbutrin_zyban_hpc_-cps_f.html

39) Monographie Champix[MD]. Pfizer Canada Inc., Québec, 2007, consulté le 24 avril 2007. Disponible sur : http://www.pfizer.ca/french/our%20products/prescription%20pharmaceuticals/default.asp?s=1

40) Zevin S, Benowithz NL. Drug interaction with tobacco smoking. Clin Pharmacokinet 1999 June; 36(6) : 425-38.

41) Poisson N. Gaudoneix-Taieb M. Interactions médicamenteuses et tabac. Cours tabacologie 2002-2003. Université Paris XI-XII. Visible sur : formation.tabacologie.globalink.org

42) Liste de médicaments. Régie de l'assurance maladie du Québec. Modification 9; février 2005.

43) Santé Canada. Programme de renoncement au tabagisme. Répertoire de ressources et de programmes canadiens de renoncement au tabagisme. Mise à jour 2000.
http://infotabac.com>rapportsetpublications

44) Légaré N. Traitements non-pharmacologiques du tabagisme. Dans : Le tabac à l'aube du 21e siècle. Mise à jour des connaissances, sous la direction de M. Ben Amar et N. Légaré. Centre québécois de lutte aux dépendances, 2006.

45) Abbot N, Stead L, White ABJ, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Library 1999; 1.

46) Have you tried unconventional approaches to stop smoking? Disponible sur Internet :
http://www.wedmd.com/content/Article/76/90206.htm Richard T.

47) White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858. CD000009.pub2.

48) Tremblay M, Cournoyer D, O'Loughlin J. Le counselling en abandon du tabac – Résultats d'une enquête menée auprès des pharmaciens et des pharmaciennes du Québec – 2005. Institut national de santé publique du Québec.
http://www.inspq.qc.ca/publications

49) Kairouz S et al. Connaissance, utilisation et perception des interventions en arrêt tabagique chez les fumeurs québécois. Institut national de santé publique du Québec. Mars 2007.

50) U.S. Department of health and human services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon general, Atlanta Georgia: U.S. Department of Health and human services, Centers for Disease control and prevention. National center for chronic disease prevention and health promotion, Office on smoking and health. 2000.

51) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. New York: The Guildford Press 1991.

52) Site Internet:
http://www.motivationalinterview.org/clinical/motivationnelle.pdf

53) Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. American Psychologist 1992; 47 (9) : 1102-14.

54) DiClemente CC, Proshaska JO et al. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991; 59: 295-364.

55) Rossignol V. L'entrevue motivationnelle : un guide de formation. Programme de recherche sur les addictions. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, version préliminaire 4.1 – novembre 2001.
http://www.motivationalinterview.org/clinical/motivationnelle.pdf

56) Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme – De la prévention au sevrage. Masson, Paris 2001.

57) Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction 1991; 86: 1119-27.

58) *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, article 32 (L.Q. 2002, c.33), modifiant l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie* (L.R.Q., c.P-10).

59) Cahier explicatif de la Loi 90 – définitions générales. Office des professions du Québec (version no 5, 2003-04-29).

60) *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, article 4 (L.Q. 2002, c.33) ajoutant l'article 39.4 au *Code des professions* (L.R.Q., c.C-26).

61) MSSS, 2006. Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010. http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/

Annexe 1

Données de l'enquête auprès des pharmaciens – 2005

Dans le cadre du Plan québécois d'abandon du tabagisme dont le but est d'inciter les fumeurs à cesser de fumer et de les soutenir dans leur démarche, le MSSS a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'élaborer conjointement avec six ordres professionnels[iv] un projet visant à faire en sorte que leurs membres s'impliquent plus activement dans la lutte contre le tabagisme. C'est donc dans ce contexte que les pharmaciens et d'autres professionnels de la santé sont conviés à intégrer le *counselling* en abandon du tabac à leur pratique courante.

Voulant connaître les pratiques de *counselling* en abandon du tabac, les facteurs influençant ces pratiques, l'intérêt pour la formation et les besoins en la matière, une enquête[48] a été menée par l'INSPQ de février à avril 2005 auprès d'un échantillon aléatoire de 500 membres de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Voici les grandes lignes de cette enquête. Une version plus élaborée des résultats de cette enquête est disponible sur le site web de l'INSPQ (http://www.inspq.qc.ca).

Détermination du statut tabagique du client

- Auprès de plus de la moitié de leurs patients :
  - 14 % des pharmaciens s'informent du statut tabagique lors de la première visite.
  - 39 % des pharmaciens s'informent du statut tabagique auprès des patients qui souffrent de symptômes ou d'affections reliés au tabac.
- Auprès de plus de la moitié de leurs patients fumeurs :
  - 15 % des pharmaciens indiquent au dossier le statut tabagique.
  - 14 % des pharmaciens évaluent s'ils sont prêts à cesser de fumer.

Pratiques de counselling

- *Counselling* auprès des fumeurs qui ne sont pas prêts à cesser de fumer.

  Auprès de plus de la moitié de leurs patients :
  - 20 % des pharmaciens discutent des effets du tabac sur la santé en général.
  - 18 % des pharmaciens discutent de leur perception des avantages et des inconvénients de cesser de fumer.
  - 13 % des pharmaciens offrent de la documentation écrite sur le tabagisme ou l'abandon du tabac.
- *Counselling* auprès des fumeurs qui se préparent à cesser de fumer.

  Auprès de plus de la moitié de leurs patients :
  - 72 % des pharmaciens demandent le nombre de cigarettes fumées par jour.
  - 70 % des pharmaciens discutent des stratégies pour cesser de fumer.
  - 72 % des pharmaciens recommandent une thérapie de remplacement de la nicotine (gomme, timbre ou inhalateur).
- Lorsque les pharmaciens donnent des conseils à un patient pour l'inciter à cesser de fumer, 89 % d'entre eux font une intervention qui dure plus de trois minutes.

[iv] L'Ordre des pharmaciens du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des dentistes du Québec, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Perception de leur rôle

- Les pharmaciens interrogés croient qu'ils ont un rôle important à jouer au sujet de l'abandon du tabac.

  Proportion des pharmaciens qui sont plutôt d'accord ou entièrement d'accord :

  – 84 % des pharmaciens ➤ devraient demander à leurs patients s'ils fument.
  – 84 % des pharmaciens ➤ devraient conseiller aux patients de cesser de fumer.
  – 98 % des pharmaciens ➤ devraient connaître les ressources disponibles qui peuvent aider les patients à cesser de fumer.

Intérêt pour la formation et des outils

- 82 % des pharmaciens sont intéressés à mettre à jour leurs connaissances en abandon du tabac et aimeraient avoir accès à différents outils pour les aider à offrir des conseils à leurs patients fumeurs.

Perception des obstacles

- Barrières perçues par les pharmaciens qui peuvent nuire aux interventions.

  Proportion des pharmaciens qui considèrent les barrières suivantes comme très ou extrêmement importantes :

  – 79 % ➤ Manque de temps
  – 70 % ➤ Manque d'intérêt des patients
  – 67 % ➤ Résistance des patients aux conseils
  – 67 % ➤ Difficulté d'effectuer un suivi

Au sujet de la perception qu'ont les pharmaciens du manque d'intérêt et de la résistance des patients aux conseils, il est important de souligner que la majorité des fumeurs désirent cesser de fumer et ainsi se libérer d'une dépendance qu'ils n'ont pas choisie au départ.

Annexe 2

Échelle de dépendance physique à la nicotine de Fagerström[56]

Instructions

Le test suivant est conçu pour vous aider à déterminer le degré de dépendance à la nicotine. Inscrivez la réponse à chacune des questions en fonction du nombre de points calculés. Faites ensuite le total de vos points pour obtenir le score final. Le nombre maximal est de 10 points.

Questions	Pointage
Combien de cigarettes fumez-vous chaque jour? 30 et + = 3 21 à 30 = 2 11 à 20 = 1 1 à 10 = 0	_____
Vous fumez votre première cigarette combien de temps après votre réveil? 0 à 5 minutes = 3 6 à 30 minutes = 2 31 minutes et plus = 0	_____
Éprouvez-vous de la difficulté à vous abstenir de fumer dans les endroits où une interdiction est en vigueur tels la bibliothèque, le théâtre, le cabinet de consultation? oui = 1 non = 0	_____
Quelle cigarette vous apporte le plus de satisfaction pendant la journée? la première de la journée = 1 les autres = 0	_____
Fumez-vous plus pendant la matinée que pendant le reste de la journée? oui = 1 non = 0	_____
Fumez-vous lorsque vous êtes malade et dans l'obligation de demeurer au lit? oui = 1 non = 0	_____
Total des points accumulés	_____

Échelle de dépendance

9 à 10 points : Très forte dépendance
7 à 8 points : Forte dépendance
5 à 6 points : Dépendance moyenne
4 points et moins : Peu ou pas de dépendance

Annexe 3

Correcteur des exercices d'intégration des apprentissages

Premier volet

1) Vrai
2) Cancers (poumon, bouche, pharynx, larynx, œsophage, vessie, estomac, rein, pancréas, col de l'utérus, leucémie), maladies pulmonaires obstructives chroniques (emphysème, bronchite chronique, bronchite asthmatique), maladies cardiovasculaires
3) Vrai
4) Le groupe des 20 à 34 ans
5) Faux
6) Vrai

Deuxième volet

1) Le timbre, l'inhalateur et la gomme de nicotine, le bupropion, la varénicline
2) Faux
3) Faux
4) D
5) Afin de ne pas altérer l'absorption de la nicotine, il faut éviter de boire ou manger 15 minutes avant l'usage de la gomme. Toutefois, l'eau peut être consommé.
6) Faux
7) Clonidine et nortriptyline
8) Vrai

Troisième Volet

1) B
2) Faux
3) Faux
4) L'observation (ex. paquet de cigarettes dans la poche, doigts et dents tachés, etc.) et la détection (consultation du dossier du patient, détérioration de l'état pulmonaire, etc.)
5) Faire de l'exercice. Boire de l'eau. Inspirer profondément. Marcher. Se distraire.
6) 6 mois

Quatrième volet

1) Faux
2) Vrai
3) Faux
4) À défaut d'accepter l'ordonnance, le pharmacien doit en aviser le prescripteur ou référer le patient à un autre pharmacien qui pourra assurer le service.
5) Vrai

Notes

Notes

Notes

Notes

Pour obtenir des renseignements supplémentaires
Communiquez avec M^me^ Catherine Dubois, responsable de la formation continue
(Direction de l'admission et du perfectionnement)
Tél. : **(514) 284-9588** ou **1 800 363-0324**

**Ordre
des pharmaciens
du Québec**

301-266, Notre-Dame Ouest, Montréal (Québec) H2Y 1T6